
22200188317

Biblioteca Medica Contemporanea
DELLA
CASA EDITRICE DOTTOR FRANCESCO VALLARDI

AUGUSTO MARTIN
Docente di Ginecologia all'Università di Berlino

PATOLOGIA E TERAPIA
DELLE
MALATTIE DELLE DONNE
AD USO
DEI MEDICI PRATICI

TRADUZIONE SULL' ULTIMA ORIGINALE TEDESCA
PER CURA DEL PROFESSORE
ERNESTO PESTALOZZA
della R. Università di Genova

con Prefazione
DEL
Prof. ALESSANDRO CUZZI
della R. Università di Pavia

Illustrato da 210 incisioni

ANTICA CASA EDITRICE
DOTT. FRANCESCO VALLARDI
MILANO, Corso Magenta, 48. NAPOLI, S. Anna dei Lombardi, 36.
TORINO Carlo Alberto, 5. FIRENZE Alfani, 41. GENOVA Piazza Fontane Marose. ROMA Belsiana, 60. BOLOGNA Farini, 1).
PADOVA - PALERMO - CATANIA

Stabilimento Tipografico dell'Antica Casa Dott. Francesco Vallardi
Milano, Corso Magenta, 48.

PREFAZIONE

In un giro scientifico per visitare le Cliniche ostetrico-ginecologiche tedesche fatto nel 1887 assieme al Prof. Pestalozza, allora mio assistente, una delle più grandi attrattive del nostro soggiorno a Berlino fu quella di recarci a veder A. Martin ad operare. La rapidità e la sicurezza sua nell' eseguire le operazioni anche le più ardue, la semplicità e l' originalità dei mezzi per condurle a termine, impressionano difatti vivamente lo spettatore: si comprende quindi come vecchi e giovani ginecologi si affollino nel suo privato Istituto, monumento parlante di quanto possa la privata iniziativa senza alcun sussidio governativo. Questo Istituto difatti tiene senza svantaggio testa alle due Cliniche ginecologiche Universitarie in grazia dell'attività e dell'abilità del suo Direttore.

Andando per una serie non interrotta di giorni quotidianamente ad assistere alle operazioni di Martin, io ed il Dott. Pestalozza concepimmo il pensiero di far conoscere diffusamente ai Medici italiani il suo trattato di ginecologia. Questo trattato era a me assai famigliare, avendolo messo largamente a contributo nei miei corsi teorici di ginecologia fatti ripetutamente all'Università di Pavia. Il constatare con quale precisione allo scritto corrispondeva l'opera dell'Autore mi riempiva l'animo di ammirazione. E in quell' occasione io ed il Dott. Pestalozza parlammo al Martin del nostro desiderio di una traduzione del suo libro; era questo anche un modo indiretto di attestargli la nostra riconoscenza per le squisite e cordiali accoglienze, colle quali ci volle rendere caro il nostro soggiorno di Berlino.

Di ritorno in Italia parlai del concepito progetto col Signor Vallardi, con quel calore che viene dalla persuasione di fare

cosa utile al ceto medico del proprio paese, e di rendere omaggio ad una delle più spiccate personalità della moderna ginecologia. L'editore F. Vallardi entrava subito nel nostro ordine di idee, ed il Pestalozza si metteva tosto attorno al noioso compito di traduttore. E da lungo tempo la traduzione venne compiuta; e se solo oggi vede la luce, ciò è da attribuirsi a ragioni speciali della Ditta Vallardi impegnata in altre pubblicazioni. Intanto però compariva una traduzione francese della stessa opera , e noi quindi non ci dissimuliamo come la traduzione italiana arrivi in queste condizioni a soddisfare ad un desiderio meno sentito da parte di quel pubblico medico al quale non è famigliare la lingua tedesca. La traduzione italiana però in confronto della francese ha alcuni pregi che io voglio rilevare. Il Pestalozza, per desiderio dell'editore, ha aggiunto alla traduzione alcune note col consenso di Martin, limitandole però a quei punti nei quali la scienza aveva fatto nuovi passi per opera del ginecologo tedesco. Trattandosi di cose di non grande mole, il traduttore modestamente non le volle neppure segnare col suo nome, ed il lettore può ritenerle senz' altro come proprie dell'autore del libro , perchè dedotte fedelmente dai suoi lavori. Ma intanto la traduzione italiana resta un po' più viva e un po' più moderna della traduzione francese: essa, mi si permetta l'espressione , può essere considerata come un primo passo verso una nuova edizione.

Detto così del modo con cui sorse il progetto di questa traduzione, aggiungerò alcune parole sul merito del lavoro. La traduzione è fedelissima e riproduce esattamente i concetti dell' autore: di ciò assumo io pure la responsabilità. Responsabilità del resto assai leggera, giacchè la traduzione venne fatta da persona che conosce profondamente la lingua tedesca e la materia tradotta. Il trattato di ginecologia di Martin merita il favore del pubblico per la semplicità e la chiarezza con cui venne redatto, e per la fama cosmopolita di cui gode l'autore come operatore. Avvezzi gli italiani nei loro libri e trattati ad un ordine scolastico di ripartizione delle materie molto rigoroso, potranno forse trovare qualche cosa a ridire sulla divisione addottata per alcuni capitoli. Ma devesi ricordare che il libro venne redatto sulle lezioni date dal Martin nei suoi corsi scolastici, e che perciò, se il classificatore rigoroso può trovare qualche cosa da osservare, il pratico che vuole approfondirsi nella ginecologia può considerare ciò invece come un pregio.

Ben fatti sono capitoli sugli spostamenti d'utero, nei quali, se le novità si limitano solo ad alcuni dettagli operativi, la materia è però esposta in modo completo e succinto. Nello studio delle metriti abbondano le osservazioni originali di anatomia patologica fatte da Orthmann, da Ruge, da Duvelius, ecc. sotto la direzione dello stesso Martin. Nel capitolo sui miomi l'impronta del libro è originalissima ed eminentemente pratica: la sua influenza nell'invogliare e nell'incoraggiare i ginecologi ad intraprendere la cura operativa di questa affezione certamente fu grandissima. Una parte importantissima ha avuto l'autore del libro in questi studi: basta citare l'enucleazione e l'isterectomia totale addominale come cura dell'utero miomatoso. Notevole ed istruttiva poi è l'affermazione, oggidì più che mai confermata, dello scarso valore della cura elettrolitica di questi tumori. Quantunque nulla di speciale, all' infuori della ricchezza del materiale messo a contributo, si trovi nei capitoli sul cancro e sul sarcoma dell'utero, tuttavia il lettore apprezzerà facilmente la sobrietà e la chiarezza con cui la materia è stata trattata. Un po' troppo breve è forse il capitolo sulle fistole e assolutamente troppo breve quello sulla tubercolosi. Una vera nota originale riveste l'intero capitolo sulle malattie delle tube, tanto dal lato puramente clinico, quanto da quello anatomo-patologico. Si sa difatti che le nozioni sulla patologia della tuba poggiano in gran parte su studii eseguiti nel privato Istituto di Martin. Ben fatto abbiamo trovato il capitolo sulla perimetrite, e se le neoformazioni ovariche sono meglio esposte in altri libri, ad esempio in quello di Fritsch, è però certo che interessantissima riesce la lettura del capitolo sull'ovariotomia.

Ecco il nostro giudizio spassionato sul libro del ginecologo Berlinese: ecco le ragioni per cui noi crediamo di doverlo raccomandare. È un libro che ha una forte impronta personale, il che in generale nei trattati invece di un pregio costituisce un difetto. Ma nel nostro caso si tratta di un' opera che rispecchia fedelmente i risultati della vasta pratica di uno fra i più celebri ginecologi della Germania, il quale nel redigerlo ebbe anche la fortuna di poter ricorrere sovente alla larga esperienza del padre suo, che gli fu maestro, sicchè la spiccata originalità aggiunge al libro nuove attrattive.

Pavia 15 Marzo 1892.

DOTT. PROF. A. CUZZI.

INDICE DELLE MATERIE.

I. Esame ginecologico.

A. — Situazione degli organi pelvici.

La conoscenza dell'anatomia topografica del bacino fu a lungo inceppata dal fatto, che i risultati delle autopsie venivano accolti come fondamento per stabilire i rapporti nella donna vivente, per quanto nella pratica simili reperti non riescano applicabili. Il tentativo di riprodurre col disegno gli spaccati ottenuti da cadaveri induriti dopo aperta la cavità addominale, ha dato per risultato la nota sezione di Kohlrausch. Questa risponde infatti ad uno stato fisiologico, ma non può però servire di base alle nostre indagini, perchè ci mostra la posizione degli organi pelvici nello stato di massima ripienezza della vescica e del retto. Per punto di partenza dei nostri studì ci è necessaria invece la conoscenza dei reciproci rapporti delle parti a vescica vuota ed a retto vuoto. Perciò le rappresentazioni più esatte dell'anatomia topografica degli organi pelvici ci sono fornite dalle sezioni di cadaveri congelati, come quella alla fig. 1 che rappresenta la situazione degli organi a vescica e retto vuoti, a donna giacente sul dorso, quella alla fig. 2 colla vescica piena, e quella alla fig. 3 col retto pieno.

Se si paragonano questi reperti cadaverici col risultato dell'esplorazione sulla donna vivente (1), ne emerge che l'utero ha una posizione pochissimo stabile, e che per le sue connessioni cogli organi vicini deve subire delle oscillazioni in rapporto col loro stato di distensione.

A seconda di questa distensione, l'utero si abbassa tanto nel bacino, che il suo collo tocca quasi la coniugata dello stretto inferiore, mentre il corpo per legge di gravità si abbassa nel bacino e si avvicina al sacro: a vescica piena l'utero viene spinto in alto ed all'indietro: a retto disteso si allontana dal diametro retto dello stretto inferiore e si solleva avvicinandosi alla parete anteriore dell'addome. Se vescica e retto sono

(1) Vedi B. S. Schultze, Jenaische Zeitschr. f. Med. u. Naturwiss. 1864 e 1870 Monatschrift f. Geburtsk XXXII. 1868. — Die Pathol. u. Ther der Lageveränderungen der Gebärmutter. Berlin 1881.

distesi, l'utero si approssima nella sua posizione ai rapporti riprodotti nella sezione di Kohlrausch alla fig. 4. Stando ai rilievi fatti da C. Ruge (1) nella clinica di Schröder sulla normale posizione dell'utero, dobbiamo accettare lo schema riportato alla fig. 5 come il più sicuro punto d'ap-

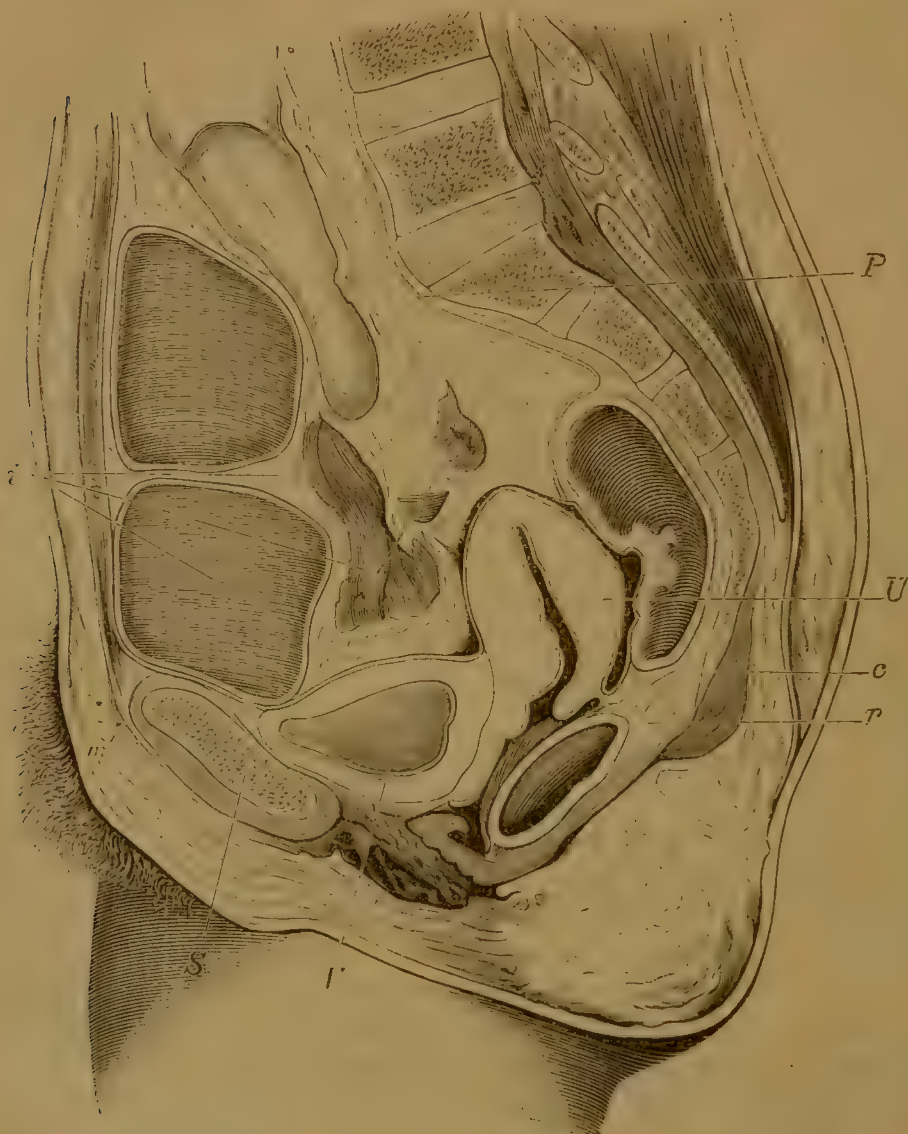


Fig. 1. — Sezione del bacino a vescica vuota e retto vuoto (da Pirogoff). — *U*, utero. *S*, sinfisi pubica. *c*, coccige. *r*, retto. *V*, vescica. *m*, monte di venere. *i*, intestino. *P*, promontorio.

poggio su cui basare quelle indagini di anatomia topografica, che ci dovranno in seguito servire per le ulteriori considerazioni sui rapporti fisiologici e patologici degli organi del bacino.

Ammetteremo perciò che l'utero posa sul pavimento pelvico, col

(1) Vedi Schröder, Lehrbuch der Frauenkrankh. 7. Aufl. 1886.

fondo rivolto verso la sinfisi, col collo più o meno fortemente piegato ad angolo in basso, colla convessità rivolta verso il coccige. Il corpo riposa sulla vescica retratta: il collo sporge nella vagina, che attraversa obliquamente il pavimento pelvico dall'alto in basso e dall'indietro all'avanti. L'utero in massa è di poco al disopra del diametro retto dello stretto inferiore: lo spazio del Douglas è ampiamente aperto verso l'alto ed accoglie un convoluto di anse intestinali: la vescica vuota appare quasi coperta dal corpo dell'utero.

In questa posizione però non si deve credere che l'utero sia asso-

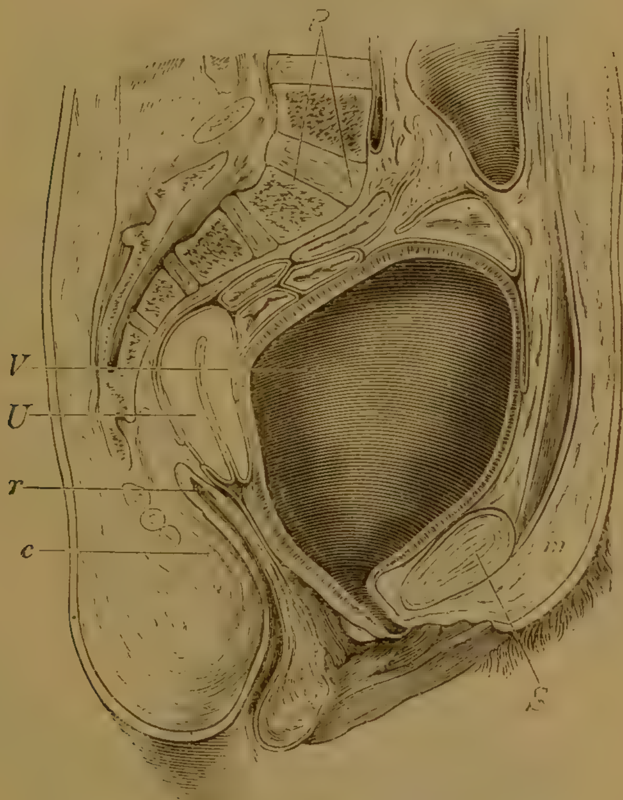


Fig. 2. — Sezione del bacino a vescica distesa (da Pirogoff). *U*, utero. *V*, vescica. *r*. retto. *c*, coccige *S*, sinfisi pubica. *m*, monte di venere. *P*, promontorio.

lutamente fisso, e che ogni deviazione dagli accennati rapporti col bacino e cogli organi vicini assuma un significato patologico. Una tale interpretazione, che regnò del resto per certo tempo in ginecologia, non risponde affatto alle nozioni che abbiamo sui momenti che influenzano la posizione dell'utero (1).

---

(1) Vedi O. Küstner (Untersuchung über d. Einfl. der Körperstellung auf die Lage des nicht graviden, bes. des puerp. Uterus. Archiv. f. Gyn. XV) — Recentemente His (Uber l' äparate zum Situs visc. Arch. für Anat. u. Phys, Anat. Abth 1876) e Waldeyer (Anat. Anzeiger I Iahrg 1886 N. 2) si sono associati a tale interpretazione della posizione normale dell'utero nella donna sana.

È oggidì fuor di dubbio che i legamenti larghi e rotondi non hanno il còmpito di sostenere l'utero, còmpito che non spetta neppure ai legamenti utero sacrali; tutti questi mezzi legamentosi nello stato sano spiegano un'azione quasi trascurabile, e non si sentono tesi pel peso di un utero normale in qualsiasi posizione del corpo, sicchè non ci è possibile di considerarli come i sostegni dell'organo. Essi concedono all'utero una estesa mobilità, e la loro influenza sulla sua posizione si fa palese

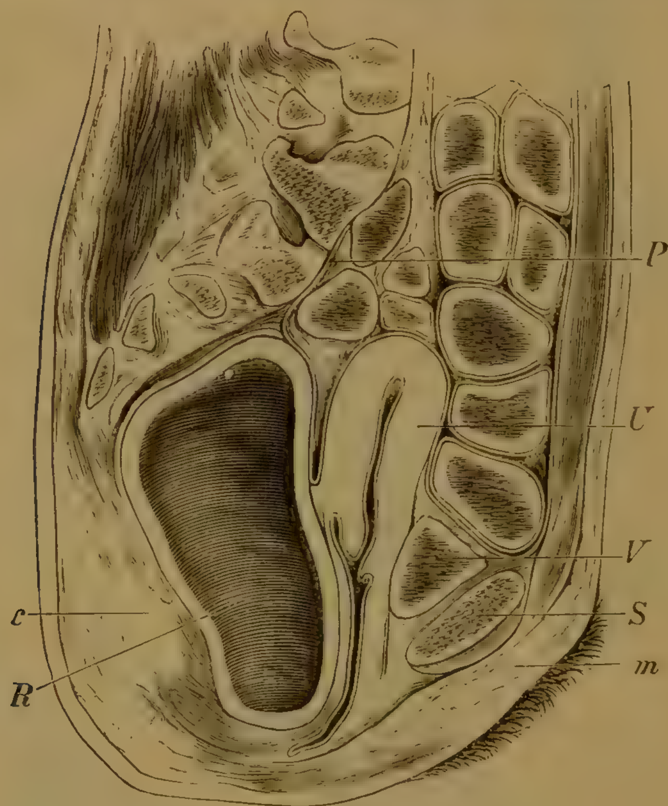


Fig. 3. — Sezione del bacino a retto disteso (da Pirogoff). *U*, utero. *V*, vescica. *R*, retto. *c*, coccige. *S*, siufisi pubica. *m*, monte di venere. *P*, promontorio.

solo quando in essi si sviluppano processi patologici, che esercitino una azione nociva sulla loro forma e distensibilità.

La pressione endo-addominale dovrebbe, secondo altre viste, mantenere l'utero nella sua posizione. È un fatto che i mutamenti di questa pressione agiscono essenzialmente sull'utero stesso, come si può ad es. osservare nei moti respiratorii: non dobbiamo però ritenerla come il solo momento determinante la posizione dell'utero, perchè questa pressione endo-addominale si distribuisce di necessità su tutto l'utero, come su tutto il pavimento pelvico. Resta perciò il pavimento pelvico come vero sostegno dell'utero. Non ci dobbiamo perciò immaginare che, ove venga distrutto il pavimento pelvico, l'utero debba senz'altro farsi procidente: esso si abbassa alquanto finchè glielo concedono gli apparecchi legamentosi e la pressione endo-addominale.

Il pavimento pelvico in ogni posizione della donna, in ogni posizione dell'utero, serve sempre d'appoggio, e perciò dobbiamo considerarlo come il vero sostegno dell'utero. Questo sostegno non è però formato da tessuti rigidi ed immobili: esso è inoltre soggetto fino ad un certo grado alle oscillazioni della pressione endo-addominale. Nei limiti che gli sono concessi dai suoi legamenti, e nei limiti di mobilità del pavimento pelvico, l'utero è da considerarsi come fisiologicamente fisso.

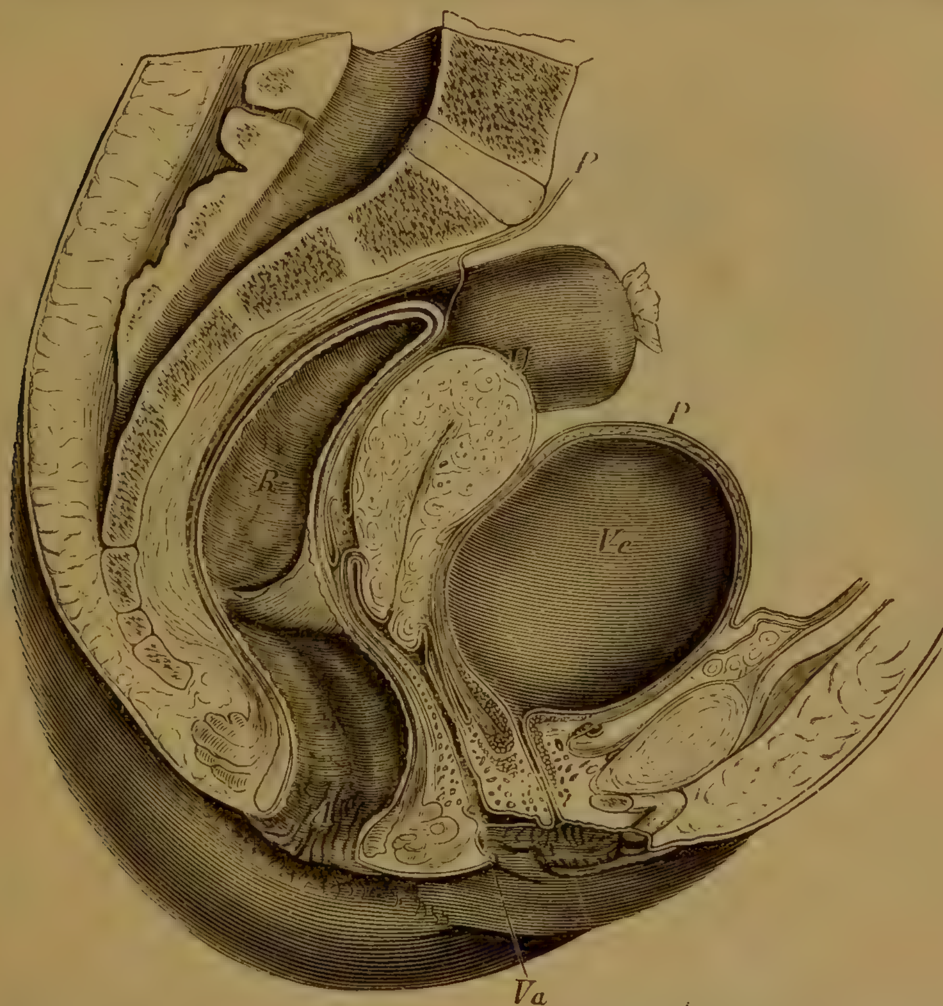


Fig. 4. — Sezione del bacino a vescica e retto distesi (da Kohlrausch). *U*, utero. P. peritoneo. *R*, retto. *A*, ano. *Va*, vagina. *Ve*, vescica.

Non va perciò ritenuto patologicamente spostato, se nell'individuo in posizione eretta si è alquanto abbassato assieme al pavimento pelvico, se nella posizione dorsale si avvicina al sacro, se nella posizione genupettorale si porta verso l'ingresso del bacino, o se finalmente nel decubito laterale si avvicina al lato destro od al sinistro. Simili spostamenti non hanno alcun significato patologico, come non l'hanno le oscillazioni determinate dalla ripienezza della vescica o dell'intestino.

Gli annessi dell'utero, considerato nella posizione che abbiamo descritto, cioè un po' inclinato all'avanti, non si trovano immediatamente ai suoi lati, ma alquanto all'indietro. Le ovaie, come sono rappresentate nella fig. 6, giacciono press'a poco in una linea, che dall'altezza del fondo dell'utero si dirige verso l'articolazione sacro-iliaca. Le ovaie godono del resto anch'esse di grande mobilità, talchè subiscono indubbiamente l'influenza dello stato di ripienezza dell'intestino. Assieme alle ovaie le tube (fig. 6) contornano le pareti laterali dello spazio del Douglas e sono



Fig. 5. — Posizione normale dell' utero, secondo C. Ruge.

a diversa profondità, secondo che lo spazio nel piccolo bacino è invaso dalla vescica distesa o dal retto disteso.

Per valutare i rapporti topografici del pavimento pelvico, conviene infine rilevare che tra le fasce ed i muscoli, fin sotto al rivestimento peritoneale degli organi pelvici, si accumula nella donna sana un tessuto adiposo assai abbondante, che colla sua caratteristica compattezza contribuisce essenzialmente a rafforzare tutto il pavimento del bacino. La scomparsa di questo adipe, quale si avvera con frequenza nel periodo puerperale e nelle malattie generali, talvolta con sorprendente rapidità, mette in evidenza l'importanza fisiologica di tale massa adiposa.

L'unione dell'utero col fornice vaginale posteriore, ed i rapporti di questo col peritoneo, vengono per lo più nei disegni schematici rappresentati come assai esili: eppure vi si notano considerevoli oscillazioni. Spesso i tessuti hanno in questo punto appena 1[2 centimetro di spessore: in altri casi fra il fornice e il rivestimento peritoneale si intromette un tessuto di spessore assai maggiore, ed io lo trovai fino di 5 centimetri senza che vi si potessero dimostrare infiltrazioni o adererenze patologiche.

Le connessioni dell'utero colla vescica offrono analoghe oscillazioni nella loro ampiezza, da 1 a 4 cent: anzi l'inserzione della vescica può

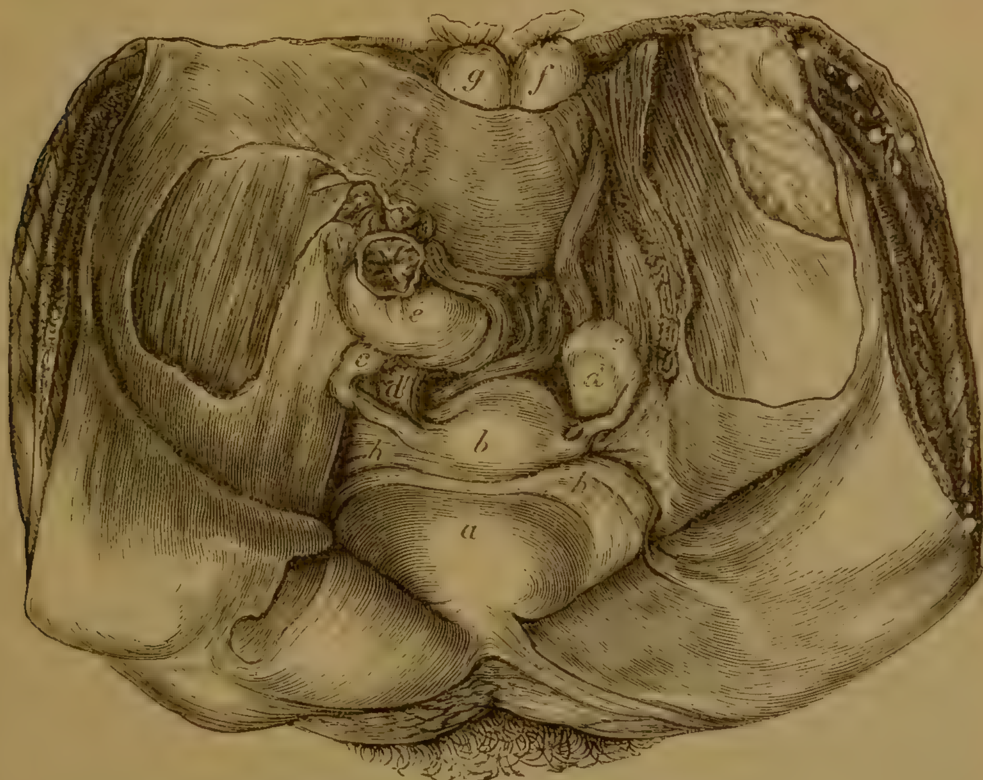


Fig. 6. — Situazione degli organi pelvici (da Moreau). *a*, vescica. *b*, fondo dell' utero. *cc*, tube. *dd*, ovaie. *e*, retto. *f*, aorta. *g*, vena cava. *hh*, legamenti larghi.

estendersi sull'utero fino al disopra del collo, cosicchè la tasca peritoneale anteriore si trova appena al disotto del fondo dell'utero, mentre in altri casi la vescica arriva appena fino al collo, e il fornice è in immediato contatto col peritoneo. Quest'ultimo rapporto io l'ho spesso osservato nell' estirpazione vaginale dell' utero, specialmente in donne attempate.

Non posso lasciare questo capitolo senza accennare alla posizione degli ureteri, che negli ultimi anni, pel favore acquistatosi dall'estirpazione vaginale dell'utero, merita più attento studio che non nel tempo in cui le ferite di questi organi si verificavano solo nei parti distocici, traendo con sè la formazione consecutiva di fistole. Dal punto d' inser-

zione dei legamenti larghi sulla parete pelvica gli ureteri si dirigono nel piccolo bacino verso la vescica immediatamente sotto al foglietto peritoneale anteriore di detti legamenti, in grande vicinanza alla parete anteriore del bacino. Giacciono perciò a discreta distanza dal collo dell'utero, e quindi il pericolo di una loro lesione nell'estirpazione vaginale dell'utero si presenta solo allorchè per la neoplasia si sia determinato uno stiramento delle parti. Per mio conto finora in più di 130 simili operazioni non ebbi mai ad incorrere in tale pericolo.

B. — Metodi di esame ginecologico.

1. — Palpazione. Esplorazione combinata.

Fino a vent'anni fa l'esame ginecologico si limitava quasi esclusivamente all'introduzione di uno o più dita in vagina, dopo aver rilevato dal di fuori i rapporti dell'addome mediante la palpazione, e al successivo esame della vagina e della portio vaginalis collo speculum. Fu considerato come un grande progresso l'aver appreso ad indagare il canale uterino a mezzo della sonda, il che riusciva effettivamente ad estendere di molto il campo del diagnostico ginecologico. Ma un rapido ed ardito sviluppo la ginecologia lo prese solo quando fu adottata l'esplorazione combinata, quando cioè si cominciò a praticare l'esame degli organi pelvici sotto il contemporaneo controllo di una mano poggiata all'esterno sulle pareti addominali, e delle dita dell'altra mano introdotte in vagina (B. S. Schultze l. c. — Holst, Beitr. z. Geburtsk. und Gynäkol. 1865).

L'esplorazione combinata respinge il cateterismo dell'utero in seconda linea; per sè sola essa è già in grado di fornirci nozioni sufficienti sullo stato degli organi pelvici. Per usare con vantaggio dell'esplorazione combinata, conviene però prima abituarsi a mettere le pazienti in una opportuna posizione. È noto come molteplici siano le tavole e sedie ginecologiche consigliate per questo scopo, nè ad esse si possono negare diversi vantaggi. Hanno tuttavia quasi tutte comune l'inconveniente di occupare molto spazio, ed evidentemente non si possono portare con sè nella casa delle pazienti. L'essenziale requisito di una simile sedia si è che la donna possa giacervi colle pareti addominali rilasciate, quindi coi piedi rialzati, e si trovi ad altezza conveniente perchè il medico possa compiere tanto la palpazione esterna, che l'esplorazione combinata. Io mi servo di un tavolo semplice di comune altezza, di cui il piano orizzontale è diviso trasversalmente in vicinanza ad una delle estremità. La parte più grande di questo piano si può inclinare a piacere, ed il tavolo viene munito di una tela impermeabile e di un adatto cuscino; i piedi vengono a posare su di un alto sgabello.

Su questo tavolo che si può imitare assai facilmente nella pratica

privata, io sono solito fare l'esame della donna. Un tavolo analogo possiamo improvvisarlo ovunque facilmente, quando si voglia fare un sufficiente esame della donna al suo domicilio, giacchè ogni tavolo comune si può così adattare a mezzo di cuscini. D'ordinario, io faccio mettere la donna sul dorso, e in questa posizione eseguisco tanto la palpazione esterna che l'esplorazione combinata; e della stessa posizione mi servo anche per l'applicazione dei varî generi di speculum.

La posizione da darsi alla donna fu oggetto di controversie anche

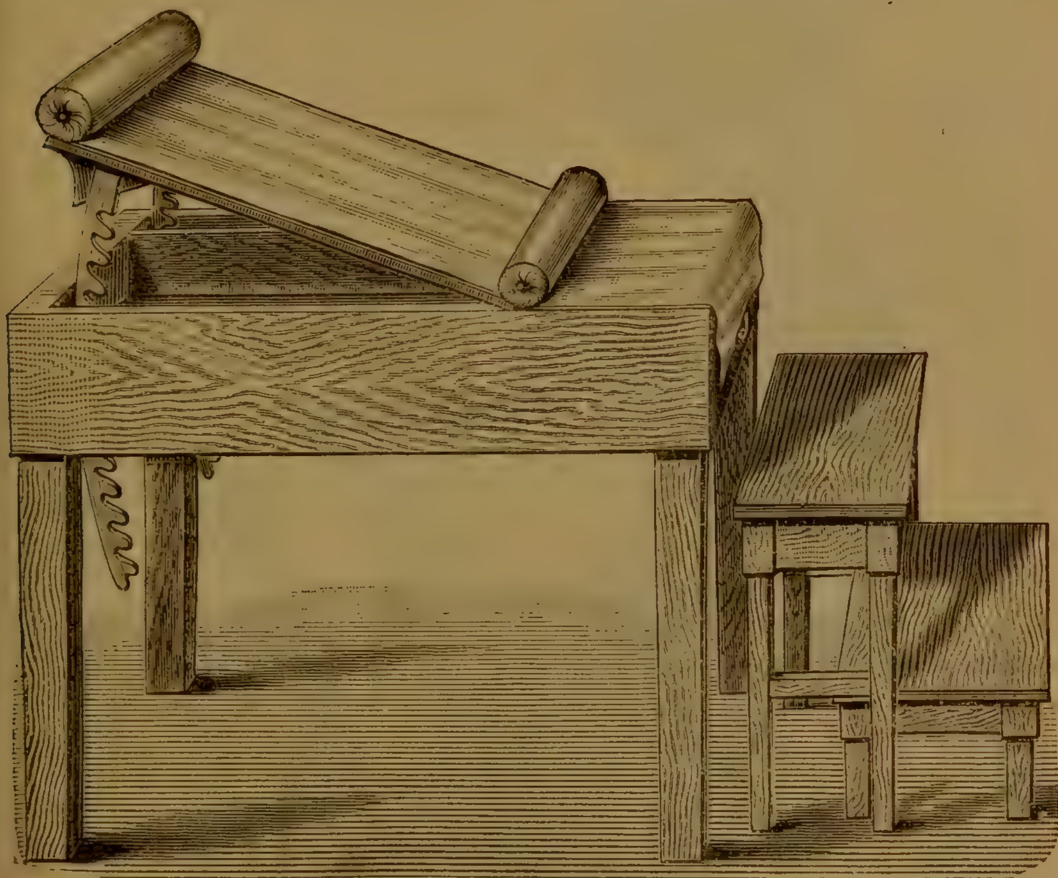


Fig. 7 — Tavolo per l'esame ginecologico.

in tempi non molto lontani; e ancora oggidì dove dominano i costumi inglesi, il maggior numero dei ginecologi preferisce la posizione sul fianco sinistro o di Sims, nella quale il medico si mette dal lato del dorso della donna. Ma questa posizione, per quanto mi suggerisce la mia esperienza, anzichè facilitare, ostacola l'esplorazione combinata degli organi pelvici. Del resto il tavolo descritto serve ottimamente anche per l'esame in questa posizione; così pure serve anche per un eventuale esame nella posizione genupettorale, cui è d'uopo ricorrere in certi casi speciali.

Data alla donna una conveniente posizione, l'esame incomincia con una rapida palpazione dell'addome mediante la mano apposta a piatto.

Se in questo tempo non si rileva nulla di evidentemente abnorme, io introduco in vagina l'indice previamente unto, e in casi di vagina sufficientemente ampia l'indice e il medio assieme, mentre contemporaneamente dall'esterno porto l'altra mano sulle pareti addominali e le deprimo lentamente mano mano che progredisce il dito esploratore. — In primo luogo si esamina l'utero; constatati i caratteri della *portio vagi-*



Fig. 8. — Esplorazione combinata (da Schröder).

nalis, porto sotto di essa il dito e spingo alquanto in alto l'utero colla massima cautela, per quanto lo consentono le sue connessioni cogli organi vicini: colla mano posante all'esterno cerco di toccare il fondo dell'utero, o, a seconda dei casi, la sua faccia che è rivolta in alto. Di regola si riesce facilmente con questo metodo a tenere l'utero fra le due mani, e a valutarne la posizione, il volume e la consistenza. Poi io porto il dito esploratore e la mano esterna ad uno dei lati dell'utero, e final-

mente dietro di esso all'altro lato. In questo procedimento dobbiamo evitare ogni impiego di violenza. Lo scopo è raggiunto tanto più facilmente, quanto più delicatamente si toccano le parti, e quanto è minore lo spreco di forza, anche prescindendo dal fatto che, spiegando uno sforzo eccessivo, la tensione inevitabile delle pareti addominali ostacola assai la palpazione.

Chi abbia un lungo esercizio nell'esplorazione riesce senza difficoltà a sentire gli annessi uterini. Così è relativamente facile rintracciare le ovaie all'indietro e all'esterno dell'utero: e spesso più all'avanti, partendo dagli angoli dell'utero, si arriva a sentire almeno l'estremità uterina delle tube; non di rado anche ad inseguire la tuba in tutto il suo decorso fino all'ovaio. Non credo però si debba ritenere quale condizione indispensabile di ogni esame la palpazione bimanuale dell'ovaio; le malattie di quest'organo, siano o no accompagnate da un aumento di volume, si danno a conoscere di solito abbastanza chiaramente nel momento in cui si esplorano le parti laterali del bacino: l'esplorazione combinata o vi desta forte dolore, o rileva subito un cambiamento di volume in questo punto. Ma se non vi è nè esagerata sensibilità, nè aumento di volume, possiamo senz'altro escludere una malattia di questa parte degli annessi, e non sarà allora necessario, dato che le ovaie non si trovino facilmente, l'insistere nella loro ricerca a costo di procurare dolore alla paziente.

Non è raro che l'esplorazione combinata incontri serî ostacoli nell'esagerato sviluppo di adipe in grembo alle pareti addominali, o nella rigidità o sensibilità di queste pareti. Se, anche flettendo di più le cosce, o rialzando tutto il podice o invitando la donna a respirare tranquillamente, o deviandone ad arte l'attenzione, non si giunge ad ottenere il voluto rilasciamento delle pareti addominali, si potrà ancora render possibile la palpazione, quando si approfondi la mano esterna immediatamente al disopra della sinfisi, nella piega cutanea che spesso si riscontra in questo punto. Se anche con questo mezzo non si ottenesse altro che di fissare l'utero di contro al dito esploratore, cosicchè questo possa risalire lungo i lati dell'utero stesso, si sarebbe già per molti casi raggiunto un risultato soddisfacente.

Una intelligente applicazione dell'esplorazione combinata limita di molto il numero dei casi in cui occorre chiamare in sussidio la cloronarcosi: e ciò specialmente per le visite da ambulatorio. Per lo più l'esplorazione combinata ci fornisce un quadro così dettagliato degli organi dello scavo, da rendere quasi affatto superfluo il cateterismo dell'utero.

2. — Ispezione. Speculum.

A completare i risultati dell'esplorazione combinata basta di solito il mettere allo scoperto la vagina e la portio vaginalis nello speculum. Fra i numerosi modelli di speculum, io mio attengo a due sole forme che ho riconosciuto più che sufficienti per gli scopi diagnostici. Fra gli speculum tubulari faccio uso di quello in porcellana, noto sotto il nome di speculum di Mayer (1). Preferisco quelli a tubo non troppo lungo, e trovo che tre diverse grossezze bastano perfettamente. Ne ho fatti fare in gomma indurita, e rispondono benissimo al loro scopo: sono di facile manutenzione e durevoli; in riguardo di ciò devo notare che quando uso liquidi caustici, non li verso mai nello speculum, ma li porto direttamente sulla portio. Nell' introdurre tali speculum tubulari conviene con una mano divaricare i margini della vulva, mentre l'altra preme coll'orlo posteriore dello speculum sulla commissura vulvare posteriore, finchè l' orlo anteriore arrivi al disotto del tubercolo uretrale. Solo allora si spingerà avanti lo speculum, nella direzione che ci è indicata dalla preceduta esplorazione. Se si formano in vagina delle pieghe che nascondono il collo, o se questo non si immette subito nel lume dello speculum, con movimenti di rotazione si vincono facilmente questi ostacoli.

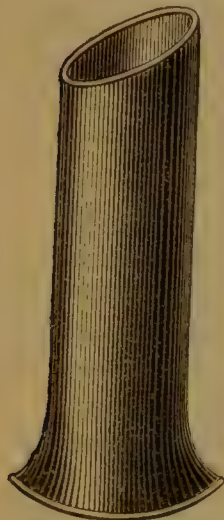

Fig. 9. — Speculum tubulare.


Fig. 10. — Speculum univalve di Cristeller.

Siccome naturalmente questi speculum tubulari lasciano veder con chiarezza solo il collo o quella parte di parete vaginale che fa sporgenza nel loro lume, e d'altra parte può riescir utile l'esame della parete vaginale su grande estensione o l'ispezione di quella parte di parete vaginale che si inserisce al collo, io ricorro per simili scopi agli speculum univalvi, e specialmente a quelli muniti di manico, come quello di Kristeller (fig. 10). Tengo a mia disposizione una valva più grande ed una più piccola, di metallo o di gomma indurita. La valva più grossa vien introdotta obbliquamente nella vulva, a donna in posizione dorso pelvica: con essa si stira fortemente in basso la parete vaginale posteriore ed il perineo, dopo averla spinta fino al fornice posteriore. Al di-

(1) Verhandl. der Geburtsh. Ges. Berlin 1853.

sopra di questa si colloca poi la più piccola per sollevare la parete vaginale anteriore. Con un po' di esercizio si riesce facilmente ad esaminare fra le due valve le pareti vaginali laterali, o, spostando opportunamente le valve, la parete anteriore e la posteriore, e a mettere in



Fig. 11. — Speculum di Simon.



Fig. 12. — Valva laterale di Hegar.

evidenza i fornici ed il collo. Potendosi spingere le valve a maggiore o minor profondità, riesce agevole un completo esame di tutta la vagina.

Per pulire dalle mucosità il campo dello speculum io faccio uso di tamponcini di cotone attorcigliati attorno ad un bastoncino di legno.

Durante le operazioni, per rendere più facilmente accessibile il collo, io ricorro allo speculum univalve di Simon (fig. 11) ed alle valve o leve laterali (fig. 12).

3. — Vescica e retto dal punto di vista dell'esame ginecologico.

Di solito l'esplorazione combinata e collo speculum bastano per stabilire la diagnosi, specialmente se la meta dell'esame fu prima circoscritta interrogando la paziente sui disturbi che essa accusa, e non trascurando mai di informarsi dei particolari della mestruazione, in special modo dell'ultima, e delle eventuali pregresse gravidanze. I risultati saranno tanto più attendibili se retto e vescica furono in precedenza vuotati.

La vescica distesa può ostacolare seriamente l'esame: all'esplorazione combinata l'utero si avverte allora solo in modo confuso, e spiccatamente spostato all'indietro. Se la distensione è molto forte, la vescica forma un tumore più o meno voluminoso, tondeggiante, di consistenza elastica, al disotto delle pareti addominali, e lo si può senz'altro distinguere perchè, risalendo dal piccolo bacino, si porta immediatamente sotto le pareti addominali. In tutti i casi in cui l'utero si sente difficilmente, sia per un tale ostacolo che si intromette fra la mano esterna e l'utero, sia per la rigidità delle pareti addominali, o per un tumore interno immediatamente soggiacente alle pareti, si dovrà far precedere all'esplorazione l'evacuazione della vescica a mezzo del catetere. Io mi servo per questo di un catetere metallico da uomo, che dovrà esser lavato prima di farne uso. Preferisco il catetere da uomo perchè i soliti cateteri metallici da donna non bastano sempre per arrivare in vescica se l'uretra è stirata nella sua lunghezza; scelgo gli istrumenti metallici, perchè meglio degli altri possono mantenersi puliti.

L'esplorazione degli organi pelvici dalla vescica si potè praticare solo dopo che Simon (Volkmann, Samml. kl Vortr. 1875, n. 88) ebbe insegnato la metodica dilatazione dell'uretra. Nei tentativi di simil genere che io ho intrapreso, ho sempre notato che il legamento arcuato fissando l'uretra costituisce un grave ostacolo alla mobilità del dito introdotto nell'uretra stessa, cosicchè solo in casi isolati, riferibili ad alterazioni dello sfondato vescico-uterino, io ricorro a questo sussidio diagnostico.

La dilatazione si fa secondo i consigli di Simon con piccoli tubetti di gomma indurita muniti di un otturatore, arrotondato al suo estremo. Vengono introdotti nella narcosi (indispensabile per la grande sensibilità dell'uretra) successivamente i diversi numeri, cominciando dal più sottile, fino al più grosso che ha una circonferenza da 6,5 a 7 cent. ed allora il dito indice può penetrare fino in vescica. Ho sempre veduto la dilatazione accompagnarsi con piccole lacerazioni al meato urinario, che ne interessano specialmente la periferia anteriore, ma possono verificarsi anche in altri punti. Solo in caso di stenosi o di ulcerazioni, vidi lacerarsi anche l'orificio interno dell'uretra. La distensibilità dell'uretra è

assai varia; per lo più il tessuto cede facilmente; in altri casi può esser necessario premettere delle incisioni sul rigido meato urinario.

Se i tessuti circostanti sono molto cedevoli, sarà utile di fissare con pinze in diversi punti l'orlo del meato urinario. Le lacerazioni spesso danno forte emorragia: io uso chiuderle subito con punti di catgut i cui nodi vengono a sporgere nell'uretra. I fili li faccio passare sotto tutta la superficie ferita, avendo cura di porre il punto superiore all'estremo superiore della lacerazione. La guarigione segue per lo più senza inconvenienti: talvolta i fili tagliano i tessuti, e allora succede cicatrizzazione per seconda intenzione. Il ricupero della funzionalità completa della vescica richiede un tempo assai diverso nelle varie pazienti: alcune non vanno affatto soggette ad incontinenza; altre ne soffrono per giorni, anzi per settimane intiere. Fino ad ora io ho sempre veduto ristabilirsi una perfetta continenza: in caso contrario, io ricorrerei al ristabilimento del lume normale dell'uretra, secondo il processo di Winckel (Handbuch der Chirurgie. Die Blasenkrankh d. Weibes).

Al Congresso Ginecologico di Monaco del 1886 Sänger ha descritto la palpazione degli ureteri dalla vagina (Centralbl. f. Gyn. n. 26): di questo metodo io non ho però ancora alcuna esperienza personale.

Simon ha raccomandato come altro mezzo diagnostico il sondaggio degli ureteri dopo la dilatazione dell'uretra; processo che Pawlik ha insegnato ad eseguire anche senza premettere la dilatazione uretrale (Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. VIII). Questo cateterismo degli ureteri mi è ripetutamente riuscito, se, seguendo i precetti di Simon, io arrivavo a toccare negli angoli del trigono del Lieutaud i tubercoli ai quali sboccano gli ureteri. Si può poi anche dalla vagina seguire il decorso degli ureteri. Però questo cateterismo degli ureteri, per quanto concerne il diagnostico dei visceri pelvici, non dà un risultato che compensi le gravi difficoltà dell'esecuzione: perciò io limito tale procedimento ai casi di fistole ureterali.

Se alla distensione della vescica è facile ovviare, la distensione del retto porta ostacoli forse più gravi all'esame degli organi del bacino.

Infatti la ripienezza del retto e dell'intestino non solo sposta l'utero, ma rende spesso affatto impossibile la delimitazione degli organi vicini, tantochè i risultati che si ottengono in tal caso sulla posizione e volume delle ovaie e su eventuali essudati, sono pochissimo attendibili. Perciò, a meno di urgenza, si rimanderà il giudizio definitivo fino a che si sia ottenuta completa evacuazione dell'alvo.

L'esplorazione rettale degli organi pelvici era per l'addietro limitata ai casi in cui è impossibile il riscontro vaginale. Holst pel primo (Beiträgen d. Geb. und Gyn. 1865) ha richiamato l'attenzione sui vantaggi che in dati casi si possono ottenere dalla esplorazione rettale. L'introduzione di uno o due dita nell'ano ha sempre qualche cosa di disag-

gradevole per le pazienti: riesce molto dolorosa se esistono varici, ragadi, o infiammazione del retto. Mentre per Holst bastano uno o due dita, Simon (Deutsche Klinik 1872) ha raccomandato l'introduzione di tutta la mano nel retto per esplorare non solo il bacino, ma tutta la cavità addominale. Questo processo di Simon, che ha con sè il pericolo di ferite non irrilevanti all'ano ed all' intestino, perde poi ancor più del suo valore per gli ostacoli che incontra la mano, stretta com'è dall'angustia del tubo intestinale. Perciò è dai più abbandonato, o limitato solo a casi speciali. L'introduzione di 1 o 2 dita invece è semplice, e, con un po' di prudenza, è innocua pel tubo intestinale. Naturalmente bisognerà prima vuotare il retto. Si spinge allora il dito fino al terzo sfintere, e nello spazio che sta al disotto di questo, esso trova sufficiente libertà di movimenti per esplorare l'utero, la sua parete posteriore, e gli organi vicini della tasca del Douglas, specialmente aiutandosi con opportune manovre della mano esterna. Non di rado si fa necessaria la narcosi.

Del resto, in vista dei soddisfacenti risultati dell'esplorazione combinata vagino-addominale, io ricorro assai di rado all'introduzione del dito nel retto: cioè quando occorra stabilire i rapporti dello spazio del Douglas, o precisare l'esistenza di essudati nei parametrii ed intorno alle ovaie.

I visceri situati più in alto nel bacino, e specialmente le tube, sono a mio parere meno accessibili all'esplorazione rettale che non all' esplorazione vaginale combinata. Nell'esame delle vergini è da raccomandarsi l'esplorazione rettale, per stabilire se esistano alterazioni patologiche dei genitali. In questo esame accade a chi è poco esercitato di scambiare a tutta prima il collo dell'utero con una neoformazione patologica situata nello spessore della parete intestinale e che obliteri in parte il lume dell' intestino: si potrà però coll'aiuto della mano esterna riconoscerne il volume, la forma e la mobilità. Anche per l' esplorazione rettale io metto la paziente nella solita posizione dorso pelvica: solo quando si reputi necessaria l'introduzione dell'intera mano faccio prendere il decubito laterale, e ricorro allora di regola alla narcosi.

Accennati così i diversi metodi di esplorazione, mi preme notare che è necessaria la massima prudenza nel valutare l'importanza dei reperti ginecologici, e nel riferire a malattie dei genitali i sintomi accusati dalla paziente. Certo che in molti casi un'affezione ginecologica di poco rilievo ci spiega disturbi persistenti che si riferiscono al cuore, allo stomaco, al sistema nervoso, e i disturbi scompaiono col guarire della malattia: ma d'altra parte incontriamo pure sovente le turbe più svariate, che il volgo mette in rapporto con malattie dell'apparato genitale, e per le quali noi non riusciamo a dimostrare in questo apparato un punto di partenza: ed in questi casi non saremo mai abbastanza severi nella critica dei reperti.

4. — Esame nella narcosi.

Se cogli accennati mezzi diagnostici non si raggiunge una sufficiente sicurezza nella diagnosi, o se si tratta di stabilire in base al reperto qualche serio atto operativo, sarà meglio ripetere l'esame nella cloronarcosi. Allora, previamente vuotato l'intestino, posta la donna in posizione dorso pelvica a cosce flesse, si potranno più esattamente stabilire le condizioni della cavità addominale e del pavimento pelvico. Nei casi nei quali la massa dell'utero non può essere delimitata con sufficiente precisione, sia per l'esistenza di un tumore contiguo, sia per la spessezza delle pareti addominali, mi aiutò spesso nella diagnosi l'artificio di spingere in alto il dito lungo i lati dell'utero. Mentre cioè la mano esterna cerca di fissare l'utero, io spingo il dito esploratore lungo il bordo laterale del collo, e attraverso al fornice mi riesce così di raggiungere il punto di passaggio dal collo al corpo, o il corpo stesso. Se ciò non basta, si consiglia in questi casi così difficili, di procedere secondo il metodo di Hegar (1); afferrando con una pinza uncinata (fig. 13) il collo dell'utero, per tirarlo in basso, e facendolo mantener fisso da un assistente, si cercherà col dito esploratore e colla mano esterna di delimitare l'utero e i suoi rapporti cogli organi contigui. Un simile spostamento dell'utero determina sempre dolori piuttosto vivi, per il che un tale esame non si dovrà praticare che nella narcosi.



Fig. 13. — Pinza uncinata lunga 23 centimetri.

Se si tratta di esaminare dei tumori della cavità addominale, o gli organi annessi all'utero, siano essi o no facilmente accessibili alla palpazione, la loro mobilità e i loro rapporti coll'utero si potranno stabilire coll'indicato metodo, spingendo cioè il dito fra gli elementi in questione e l'utero tirato in basso.

In questa circostanza torna di grande aiuto per stabilire la diagnosi il mezzo raccomandato dallo Schultze (2), di far cioè spingere in basso da un aiuto la massa del tumore.

Il procedimento di Hegar io credo poterlo raccomandare in base alla mia abbastanza estesa esperienza in proposito: nel parlare però di simili metodi speciali di esame non posso a meno di raccomandare la massima prudenza nell'eseguire tali palpazioni. Anche malgrado le più minuziose cautele, accadrà qualche volta di produrre delle lesioni che

(1) Volkmann's Sammlung Klin. Vortr. 105.
(2) Wiener med. Blätter 1879. N. 44-45.

portano il male ad uno stadio acuto: non solo per la possibile rottura di un tumore e versamento del suo contenuto nella cavità addominale, accidente che del resto non è sempre pericoloso, ma anche perchè si può dar luogo ad emorragie così imponenti, da esporre l'infelice paziente alla morte per collasso, ove non si intervenga con radicali soccorsi. Più tardi, parlando dei tumori ovarici e delle malattie delle tube, avrò occasione di estendermi di più sulle conseguenze che questi metodi di esame possono determinare nei tumori.

5. — Esame colla sonda.

Oggidì io non faccio più uso della sonda per stabilire primitivamente la diagnosi, come si riteneva da molti necessario fino a non molti anni fa. L'esplorazione combinata ci fornisce dati sufficienti sulla situazione, forma e consistenza dell'utero, perciò su quei punti che si credeva necessario mettere in luce col mezzo della sonda. Io faccio uso della sonda solo per apprezzare la forma e lunghezza della cavità uterina, per precisare in cifre la lunghezza del corpo e del collo, per stabilire la posizione del canale uterino e lo spessore delle pareti dell'utero: eventualmente per indagare il contenuto dell'utero o la sede di alterazioni della sua mucosa, e infine per ottenere determinati e prefissi spostamenti dell'utero. Usata colla dovuta prudenza la credo uno strumento utilissimo, e non pericoloso, nel cui maneggio si ha sufficiente occasione di istruirsi in un corso di ginecologia, su quelle donne che, come spesso accade, offrono nell'apparato genitale un grado bassissimo di sensibilità.

Il cateterismo dell'utero è controindicato in primo luogo quando esista anche un semplice sospetto di gravidanza. A questo riguardo non si sarà mai troppo cauti nella pratica: ci premuniremo da errori se prima di praticare il cateterismo ci informeremo sui particolari dell' ultima mestruazione e sui risultati dell'esplorazione combinata. Certo che il cateterismo non sempre interrompe la gravidanza; l'interruzione però costituisce la regola, e nei casi dubbî ci dovremo astenere dall' uso della sonda.

Si eviterà in secondo luogo il cateterismo finchè in vicinanza dell'utero appaia sensibilità all'esplorazione combinata: esistano cioè infiammazioni recenti peri o parametritiche, o resti di essudati ancora in diverso grado irritabili. Uno speciale ed accurato esame merita in proposito il fornice posteriore, dove nei legamenti utero sacrali, o al fondo della tasca del Douglas, possono persistere residui infiammatorii, mentre in ogni altro punto gli annessi appaiono completamente sani.

Il trascurare tali residui flogistici ci espone al pericolo di eccitare una recidiva per l'irritazione che non si può evitare coll'uso della sonda, come se ne hanno numerosi esempî nella storia del cateterismo uterino:

esempì che furono attribuiti a colpa diretta del cateterismo, mentre si devono riferire alla trascuranza di un esame sufficiente, che deve sempre precedere l'uso della sonda.

In terzo luogo è mio avviso che la sonda non dovrebbe mai essere impiegata in casi di recenti processi infiammatorii dell'utero stesso, come pure in donne mestruanti o che non hanno completamente sorpassato il periodo mestruo, perchè si darebbe così luogo ad una emorragia più rilevante di quella che si ha sempre pel cateterismo di canali angusti provvisti di mucosa.

Passando da Kiwisch (1), Simpson (2), Huguier (3), Sims, fino ai tempi più recenti furono ideate le più svariate forme di sonde e suggeriti per la loro costruzione i più differenti metalli. Fra la copia di queste sonde varie per forma e per materiale, io mi servo sempre ed esclusivamente di una sonda rigida (figura 14) di E. Martin. Finora con questo strumento mi riescì l'esame di ogni utero (e non potrei fare un conto nemmeno approssimativo delle migliaia di questi casi), cosicchè non sento alcuna necessità di sostituirlo con altro qualsiasi strumento.



Fig. 14 — Sonda di E. Martin 28 cm. lungh.

Con questa sonda ho sempre potuto stabilire il decorso del canal cervicale, la lunghezza dell'utero, lo spessore delle sue pareti, e tutti gli altri quesiti che a questi si riannodano. Non voglio con questo togliere alcunchè del loro valore alle sonde, recentemente così diffuse, graduate in diversa grossezza: voglio solo dire che per conto mio non ne ho mai visto dimostrata la necessità.

Non mi soddisfa il consiglio di incurvare volta per volta la sonda foggiandola sulla supposta forma dell'utero: bisognerebbe ritener per noto ciò che appunto si vuol conoscere col cateterismo, e fissare il grado di curvatura in base ad una idea preconcetta: d' altra parte la curva, spesso accentuatissima, del canal cervicale, influendo sul metallo flessibile, non ci permette di farci un concetto sicuro del suo decorso.

Per introdurre la sonda si porrà la donna sul dorso su un comune tavolo ginecologico, e, portando un dito contro il labbro posteriore del muso di tinca, si farà scorrere sulla sua superficie palmare l'estremo olivare della sonda, fino ad introdurlo nell'orificio uterino. Giunta la sonda in vicinanza all'orificio interno, supposto l'utero nella sua posizione normale, è necessario abbassare fortemente il manico per penetrare nella cavità del corpo. Dal modo con cui penetra la sonda si riconosce il de-

(1) Kl. Vorträge 1845.
(2) Monthly Journ. 1843 — e Obst. Memoirs and Contrib. 1855.
(3) De l'hysterométrie. Paris, 1855.

corso e la forma della cavità uterina. Se una piega del canal cervicale si oppone alla penetrazione della sonda, vi si rimedia con cauti movimenti di lateralità, o di innalzamento ed abbassamento del manico.

Tenendo poi fissa la sonda e l' utero con una mano che afferra il manico, le dita dell'altra mano potranno attraverso ai fornici apprezzare lo spessore delle pareti uterine e il modo di continuarsi dell' utero coi tessuti vicini: smuovendo la sonda nella cavità uterina si potrà valutare approssimativamente il contenuto di questa cavità: infine il dito introdotto in vagina può fissare sulla sonda la lunghezza dell'utero. Per determinare la lunghezza del canal cervicale, bisognerà arrestare la sonda quando il suo estremo olivare giunge all'orificio interno, che si distingue di regola come il punto più angusto.

Anche in uteri retroflessi si può introdurre la sonda, senza che tale manovra si accompagni a vera dislocazione del viscere, del che è facile convincersi coll'esplorazione. Nei casi di retroflessione si porta nel solito modo la sonda fino all'orificio interno, poi, facendo descrivere al manico della sonda un largo arco di cerchio fuori dei genitali, se ne rivolge la concavità all'indietro: allora di regola essa penetra nella cavità uterina, mentre viene sollevata verso la sinfisi pubica. La penetrazione della sonda nella cavità uterina incontra tanto minori difficoltà, quanto più accurato fu l'esame della posizione mediante l'esplorazione combinata.

Le sonde e gli strumenti foggiati a sonda, oltre al servire ai descritti scopi diagnostici, giovano anche come mezzo terapeutico, sia per la dilatazione del canale, sia per la riduzione dell'utero retroflesso. Per dilatare l' utero si introducono successivamente delle sonde di spessore crescente. Io non mi servo di questo mezzo di dilatazione, perchè raggiungo lo stesso scopo con un metodo a mio avviso più semplice.

La riduzione dell' utero retroflesso non la effettuo esclusivamente coll'uso della sonda, sebbene d'altra parte non trovi da respingere questo modo di riduzione (1). È certo che nel maggior numero dei casi è molto facile il raddrizzare l'utero retroflesso mobile anche senza l'aiuto della sonda: ma là dove la strettezza della vagina, o la sensibilità e disadattaggine della donna disturbano la riduzione manuale, si apprezza il valore della sonda. E specialmente questa mi pare opportunissimo mezzo di riduzione, quando si tratti di stabilire se l' utero sia immobilizzato nella sua posizione abnorme da briglie od aderenze peritoneali, o se la sua riduzione sia possibile ed innocua.

Su questo punto ritornerò nel parlare delle flessioni uterine e della perimetrite.

---

(1) Vedi Winckel, Lehrbuch d. Frauenkrankheiten, pag. 355.

6. — Esame della superficie interna dell'utero.

La dilatazione del canal cervicale fino a permettere l'introduzione del dito nella cavità uterina, figurò tra i più frequenti atti operativi al primo fiorire della ginecologia. Si credeva di non poterne fare a meno per esplorare la cavità stessa dell'utero, per esaminarne la mucosa, per rimuoverne residui ovulari o neoplastici, e per trattarne con medicamenti l'interna superficie.

Furono tante le indicazioni alla dilatazione dell'utero tratte da questi diversi punti di vista, che non deve sorprenderci la moltiplicità dei metodi suggeriti. Se già si era cercato di ottenere tale dilatazione mercè istrumenti metallici, analogamente a quanto si pratica per superare i restringimenti uretrali, per l'influenza di J. Simpson (1) acquistarono poi favore i mezzi dilatatori. La spugna preparata, preferita dapprima, fu presto soppiantata dalla laminaria digitata: ed a fianco della laminaria sono poi comparsi i bastoncini di tupelo per non parlare degli altri mezzi. Più recentemente a questi mezzi si contrappone la dilatazione con coni di gomma indurita e con istrumenti metallici, mentre altri si oppongono decisamente a questo modo di dilatazione, e ne limitano le indicazioni a un minimo numero di casi, o al posto della dilatazione consigliano la discissione cruenta del collo.

Io, che per un certo tempo feci largo uso della spugna preparata e della laminaria, ho da anni cessato di usarne, e negli ultimi tempi recedetti anche dalla dilatazione graduale con istrumenti metallici o di gomma; nel maggior numero dei casi del mio non scarso materiale ginecologico, riesco allo scopo anche senza dilatazione. Ove questa sia indispensabile preferisco la discissione. A quelli però che hanno poca pratica della tecnica ginecologica, raccomando l'uso della laminaria.

Le spugne preparate sono ovunque diffuse e preparate rigorosamente con tecnica perfezione: si lasciano disinfettare, e si rigonfiano rapidamente. Non va però taciuto che la loro introduzione, in caso di alterata permeabilità del canale cervicale, si fa difficile pel rapido rigonfiarsi della parte accuminata, e che, a collo rigido, spesso fa interamente difetto la forza di espansione della spugna preparata. Indubbiamente più lento avviene il rigonfiamento dei bastoncini di laminaria, che disinfettati e perforati nel loro asse hanno trovato una grande diffusione. Essi si rigonfiano assai meno della spugna preparata e perciò richiedono un tempo molto maggiore, ma hanno di solito una azione assai più energica. Introducendo più bastoncini in una sol volta, si può ottenere in una sola seduta una sufficiente dilatazione di punti ristretti.

(1) Monthly Journ. of med. sc. 1844 — Edimb. med. Journ. 1864.

Il tupelo, secondo la mia, esperienza si rigonfia apparentemente più presto della laminaria digitata, ma per contro il suo aumento di volume è molto minore.

Fra gli apparecchi metallici, a fianco dei vecchi istrumenti di Priestley, Scanzoni, Ellinger, citerò solo il *metranoicter* di Schatz (1): sul modello dei dilatatori dell'uretra sono foggiati gli istrumenti dilatanti di Atthill, Hegar (2) e le sonde di Schultze (3) e Fritsch (4). Tutti questi strumenti non agiscono se non lacerando il collo: ora, ammesso che i tessuti del collo debbano essere divisi, io preferisco sempre la netta ferita da taglio ad una lacerazione.

I dilatatori di gomma si possono usare solo quando il preesistente grado di apertura ne permetta l'introduzione: e siccome ciò di solito accade solo quando il collo è quasi permeabile al dito, così non mi sembra opportuno l'uso degli istrumenti in gomma, anche prescindendo dal loro alto prezzo e dal non raro inconveniente di una rottura della vescica di gomma nel momento più importante. Avrò occasione di ritornare sul modo con cui io soglio procedere nei casi in cui ritengo necessaria l'introduzione del dito nell'utero, che del resto è superflua nel maggior numero dei casi, potendo essere sostituita o dalla sonda o dal cucchiaio.

Dapprincipio, io eseguivo l' introduzione degli strumenti dilatatori nella posizione laterale: ora vi ho rinunciato, e quando vi ricorro, la compio nel solito decubito dorsale (fig. 16). Disinfettata la vagina, si deprime collo speculum di Simon la parete vaginale posteriore: con una pinza uncinata si afferra il collo, e si trae in basso l' utero per quanto è possibile, schivando l'impiego della violenza: si disinfetta la cavità uterina con una debole soluzione disinfettante introdotta a mezzo di una cannula acuminata, poi si spinge il corpo dilatante nel canal cervicale finchè il suo estremo inferiore arrivi a livello dell'orificio esterno. Qualunque filo o legame annesso a questi corpi dilatanti mi sembra offra la possibilità di una importazione di germi infettivi, ed io li rimuovo sempre prima dell'introduzione. Colloco poi un tamponcino sul collo, e, tolta la pinza, ripongo l'utero al suo posto, allontano lo speculum e metto la paziente a letto. Le spugne preparate si rigonfiano abbastanza in 6 ad 8 ore: la laminaria richiede in media dieci ore.

Dopo questo tempo io narcotizzo la paziente, la faccio mettere in opportuna posizione, e, rinnovata la disinfezione, tolgo tampone e sostanza dilatatrice per introdurre subito il dito nel lume dilatato.

Nello stesso modo si fa uso del tupelo e degli altri mezzi dilatanti. Prescindendo però da ciò che il loro effetto non si spiega che dopo un

(1) Arch. f. Gyn. XVIII, p. 445.
(2) Kasprzik. Allg. Wiener med. Zeitschr. 1880.
(3) Monatsch. f. ärztl. Polytechnik, 1883, III.
(4) Centr. f. Gyn., 1880, N. 21.

indugio sovente incomodo, non è da nascondersi l'inconveniente di dover operare in due tempi, che agli occhi dei profani rappresentano due distinte operazioni. Vi è poi un inconveniente ben più grande: è innegabile che la dilatazione lenta espone al pericolo di irritazione intensa e di infezione settica, assai più che non facciano gli altri procedimenti, che colle opportune cautele antisettiche conducono rapidamente allo scopo. Questo pericolo è più proprio della dilatazione mediante la spugna preparata, sebbene miglioramenti di diversa sorta tendano a rendere tale mezzo sempre più innocuo.

La rimozione del mezzo dilatante incontra talvolta speciali difficoltà, poichè lo strozzamento determinato dai tessuti forzatamente dilatati può far sì che la parte pescante nel cavo uterino si rigonfi assai più di quella che trovasi a livello dell'orificio interno.

In tali circostanze, se si cerca di afferrarla con una pinza uncinata, la spugna preparata si lacera, e la laminaria si sfibra e allora non resta altra via che lo sbrigliamento del cingolo strozzante. Dacchè un caso simile mi accadde con un cilindro di laminaria, io procedo all'estrazione con una pinza a polipo o con strumenti analoghi, tirando sul cilindretto con movimenti di torsione. Accade talvolta che, introdotti ad un tempo varî cilindri di laminaria, uno di essi sfugga nella cavità uterina: da un simile incidente io non ho visto però a derivare alcun inconveniente; il cilindro si ritira poi senza difficoltà esplorando la cavità uterina dopo raggiunta la dilatazione sufficiente.

Nella dilatazione del canal cervicale con istrumenti metallici, cogli apparecchi sopraindicati, e coi dilatatori a sonda io ho sempre proceduto in modo analogo, nella cloronarcosi e nella posizione dorso pelvica. Fu sempre necessario dispiegare una certa violenza, ed ogni volta dovetti ricorrere a punti di sutura per rendere innocue le lacerazioni determinate da questi procedimenti.

Anche per la discissione del collo io ricorro alla posizione dorso pelvica (fig. 16). A seconda delle indicazioni che ci suggeriscono la dilatazione, ci regoleremo nel premettere o no alla discissione la legatura delle arterie uterine (1). Se occorre fare questa legatura si spingerà l'utero da un lato, dopo che si sono resi accessibili i fornici vaginali a mezzo di uno speculum Simon nella narcosi e nella posizione dorso pelvica. Allora si fissa la posizione delle arterie uterine che di solito si sentono pulsare, e si passa un ago piuttosto grosso, e a curva pronunciata, nel fornice, circa un dito trasverso all'infuori del collo, e press'a poco al suo limite anteriore. L'ago, dopo che abbia abbracciato un discreto spessore di tessuti, viene ritirato all' indietro, all' incirca a livello della faccia posteriore della portio vaginalis, poi si stringe a tutta forza il nodo. Perchè lo

(1) Vedi Schröder. Zeitschr. f. Geb. u Gyn., V.1, p. 2 9.

stringere del nodo non abbia a determinare troppo estese lesioni della vagina, si curerà che i punti di ingresso e di uscita del filo siano tra loro a poca distanza. Altrettanto si fa dall' altra parte, poi con una pinza uncinata applicata al labbro anteriore si afferra e si tira in basso il collo. Io sono solito praticare la discissione fino all'altezza dell' inserzione della vagina, e cerco quindi di introdurre il dito nella cavità uterina.

Se la resistenza dei tessuti è troppo intensa, con un bistorì bottonuto si incideranno cautamente strato per strato i tessuti, finchè il dito possa penetrare nella cavità uterina. Esplorata o svuotata la cavità uterina si passa a cucire la ferita. A questo scopo, procedendo dall'esterno verso l' interno, dal fornice si passa un ago attraverso al labbro anteriore fino all'orificio interno, poi dall'interno verso l'esterno si fa ripassare l'ago in vagina nel fornice posteriore. Posti i fili da ambo le parti si chiude la ferita a questo livello. In modo analogo si procede poi più in basso fino a riunire le labbra del muso di tinca nella loro commissura laterale. Si curerà attentamente che l' ago nella mucosa cervicale sia infisso in grande vicinanza ai margini della ferita, affine di evitare ogni ristringimento nel lume del canal cervicale.

Le conseguenze della discissione non sono sempre tanto favorevoli da potersene raccomandare incondizionatamente l'applicazione. I rovesci che ho provato con questo metodo non sono però in genere da attribuirsi tanto alla discissione in sè, quanto alle malattie per combattere le quali la discissione fu attuata. Si trattava di miomi del corpo in via di decomposizione e che si dovettero enucleare, o di resti placentari che avevano già dato luogo ad una infezione generale, od anche di donne in grado così estremo di anemia, che vennero a soccombere, sebbene durante la discissione e lo svuotamento dell' utero non avessero perduto sangue. Sono dunque casi in cui nè la dilatazione lenta, nè la forzata non avrebbero potuto dare miglior successo. Come limite alla discissione io metto però sempre una condizione: che l'operatore abbia una discreta pratica nel metter punti di sutura al fondo dei fornici ed all'utero: mancando questa condizione, tra tutti i metodi di dilatazione credo sia da preferirsi l'uso della laminaria.

Controindicazione assoluta alla dilatazione è data dalle malattie degli annessi dell'utero, e certamente a queste, più che ad eventuali traumatismi operatorii, sono da attribuirsi molti degli insuccessi della dilatazione. Se appena è possibile, bisognerà stabilire bene, prima di procedere ad una dilatazione, che non esistano malattie degli annessi, quali peri e parametrite, salpingite, ooforite, e periooforite. Finchè esistano traccie di simili processi flogistici, si dovrà cercare di raggiungere lo scopo senza dilatazione dell' utero, e ricorrere a questa solo nei casi in cui essa risponda ad una indicazione vitale.

Da un certo punto di vista Schultze (1) ha cercato di ovviare a questi inconvenienti col suo tampone d'assaggio, dal quale egli si ripromette di poter stabilire con sufficiente sicurezza l' opportunità o meno di una dilatazione. Io sto con Schröder (2) e Winckel (3) nel non ammettere l'efficacia dimostrativa di questo tampone.

In base alla mia esperienza, le indicazioni della dilatazione possono essere ridotte ad un numero assai limitato. Solo quando si tratti di rimuovere grosse masse di tessuto o residui di uovo, o di curare qualche

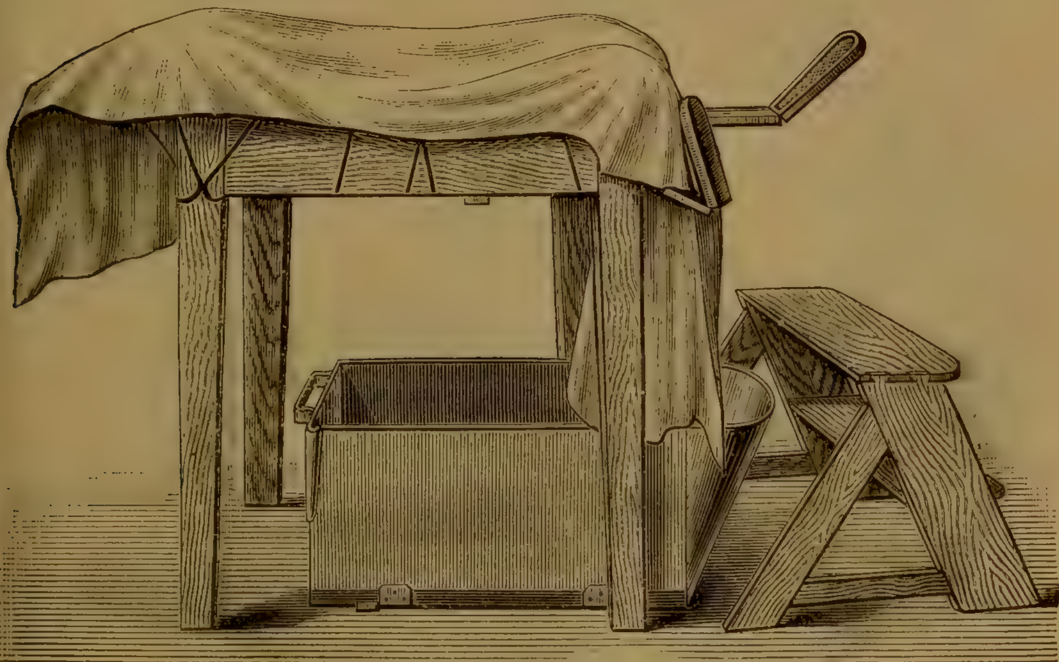


Fig. 15. — Letto da operazioni.

neoformazione della cavità uterina, ho trovato in questi ultimi anni necessaria la dilatazione.

Per gli scopi diagnostici mi si mostrò più che sufficiente, in centinaia di casi, il raschiamento col cucchiaio, e il grado di dilatazione che necessariamente vi si collega è di solito bastevole per l' attuazione di tutte le occorrenti misure terapeutiche. Insisto su questo fatto perchè, anche in tempi poco lontani, l' iniezione di qualsiasi liquido nel cavo uterino, senza previa dilatazione, passava per un procedimento straordinariamente pericoloso: ora, se all'iniezione di liquidi precede il raschiamento, l'orificio interno ed il canal cervicale avranno acquistato tale ampiezza, da permettere non solo l'iniezione di liquidi sia colla siringa di Braun, sia con un semplice irrigatore, ma anche il libero reflusso del

(1) Centralblatt f. Gynaek. 1880, N. 17.
(2) l. c. p. 122.
(3) l. c p. 508.

liquido in eccesso, cosicchè è allontanato il pericolo delle coliche uterine e conseguenti disturbi, che prima si osservavano dietro a così fatte iniezioni.

Pel raschiamento non è indispensabile la narcosi: però, siccome io evito volontieri, e specialmente nella pratica privata, di risvegliare qualsiasi sensazione dolorosa nella donna, di regola ricorro al cloroformio. La paziente nella posizione dorso pelvica, colle cosce e le gambe flesse e avvicinate all' addome vien portata sul bordo del tavolo d'operazione (fig. 15): uno speculum di Simon mantiene depressa la parete vaginale posteriore; una pinza uncinata afferra il collo al labbro anteriore, e lo trae, per quanto è possibile, in vicinanza all'ostio vaginale (fig. 16); poi



Fig. 16. — Collo dell' utero posto allo scoperto. Posizione degli assistenti.

fatta una accurata disinfezione, ed occorrendo anche delle iniezioni di acqua fenicata, si introduce il cucchiaio (fig. 17) nell' utero. Di solito l'introduzione è facile, anche nell'utero verginale, e tanto più poi se la donna ha già partorito. Ma anche nei casi in cui le rigide pareti cervicali cedono solo lentamente davanti al cucchiaio, non occorre uno sforzo molto notevole per arrivare nella cavità uterina. Siccome è importante nell'introduzione dello strumento conoscere con esattezza il decorso del canal cervicale, e la posizione dell' utero, io uso introdurre ancora una volta la sonda dopo aver fissato l'utero nel modo descritto. Stabilita così la direzione in cui deve procedere lo strumento, sarà assai raro

che la penetrazione del cucchiaio nella cavità uterina incontri altre difficoltà sia per angustia del canale, sia per sporgenza delle sue pliche. Sotto una dolce pressione, e fissando l'utero, si eseguiranno allora cauti movimenti di lateralità per sorpassare le pieghe, o per superare il punto ristretto.

Se la stenosi è insuperabile, si potranno fare senza pericolo degli sbrigliamenti con un bistorì bottonuto, finchè il cucchiaio possa passare.

Introdotto il cucchiaio, si raschia con esso tutta la mucosa uterina: non se ne devono togliere solo dei lembi o dei pezzetti, ma la mucosa intiera. Perciò lo istrumento dovrà esser rivolto e girato in diverse direzioni, seguendo la forma della cavità uterina. La forma dello strumento è tale da lasciar sempre riconoscere in ogni momento verso qual punto sia rivolto il cucchiaio.



Fig. 17. Cucchiaio di Roux lungo 27 cent.

Asportata la mucosa, si lava la cavità uterina servendosi dell' irrigatore, che durante tutta l'operazione è destinato all'irrigazione continua (v. fig. 16). Poi colla siringa di Braun si iniettano 2 o 3 grammi della soluzione officinale di percloruro di ferro, e colla lavatura si asporta il percloruro in eccesso ed i coaguli che si trovano nella cavità uterina, finchè sia cessata ogni emorragia e l' acqua refluisca limpida.

Allora solo si toglie la pinza, si frena eventualmente con un punto l'emorragia, che può venire dai punti ove la pinza faceva presa: si ripone l' utero in posto, e si toglie lo speculum. Dopo un raschiamento, cóme pure dopo ogni procedimento di dilatazione, la donna dovrà tenere il letto per 4 o 5 giorni. In questo frattempo si fanno irrigazioni vaginali due volte al giorno, con soluzione fenicata al 2 per cento, o di sublimato corrosivo ad 1 su 5000: occorrendo, si fa un impacco freddo sull'addome. Al sesto giorno se si esamina la *portio* nello speculum, non vi si trovano traccie della subìta operazione.

Contro il raschiamento si elevarono opposizioni da due diversi punti di vista. Secondo alcuni non sarebbe possibile dall' esame dei prodotti del raschiamento trarre una sicura diagnosi microscopica. Non spetta a me di giudicare quanto estesa sia la pratica in proposito di quei ginecologi che ripetono sempre una tale obbiezione. Per le mie osservazioni questo rimprovero io non lo ritengo fondato: intanto molto spesso si riesce ad esaminare complessivamente tutto il rivestimento dell' utero e perciò è possibile formarsi un concetto esatto delle alterazioni microscopiche della mucosa: ed anche prescindendo da ciò, io ebbi occasione, in casi di estirpazione totale dell' utero intrapresi poco dopo il raschiamento, di constatare l' efficacia del metodo nel rimuovere tutta la mucosa, e di controllare l'esattezza della diagnosi poggiata sull'esame della mucosa stessa. S' intende che nel valutare tali reperti occorre una co-

noscenza sufficiente della fisiologia della mucosa, e di tutti i perfezionamenti di cui dispone la moderna tecnica microscopica.

Le particelle della mucosa vengono esaminate parte in sezioni ottenute col microtomo per congelamento, parte dopo indurimento nell'alcool, e coi diversi metodi di colorazione.

Come lo dimostrano le ricerche di Düvelius (1), uno dei miei allievi, per quanto energico sia il raschiamento, la mucosa non viene mai distrutta in tutto il suo spessore: rimangono in posto gli strati più profondi coi fondi ciechi ghiandolari. Da questi strati di solito si inizia subito la rigenerazione della mucosa. Naturalmente non si può escludere che col rigenerarsi della mucosa possano riprodursi eventualmente anche gli stati morbosi che la affliggevano: ma da una parte la distruzione è resa molto più intensa dalle iniezioni di percloruro associate al raschiamento, e d'altra parte noi finora non conosciamo alcun mezzo che garantisca per sempre la mucosa da nuove malattie.

L'altro rimprovero mosso al raschiamento, si è che distruggendo esso tutta la mucosa, venga a danneggiare la fecondità della donna. A ciò risponderò solo, che delle donne da me curate col raschiamento negli ultimi cinque anni, si intende delle donne in cui esistevano le condizioni per una gravidanza, una gran parte rimasero incinte poco dopo il raschiamento, e che di queste un gran numero si trova attualmente nel decorso di una gravidanza normale, mentre altre hanno partorito felicemente. Sul mio materiale, che è in parte policlinico, non posso stabilire una percentuale: è però in ogni modo così elevata da escludere il sospetto che si tratti di una semplice accidentalità.

Sarebbe affatto erroneo voler spiegare col preceduto raschiamento i casi in cui non è più intervenuta gravidanza, perchè quante non sono le circostanze che possono influire sull'avverarsi del concepimento! Düvelius ha illustrato dettagliatamente questo punto, e dalle sue ricerche emerge pure all'evidenza che la rigenerazione della mucosa, dopo il raschiamento e la cauterizzazione col percloruro di ferro, procede con straordinaria rapidità e in modo completo (2).

In casi non rari, spinto da indicazioni di urgenza, ho proceduto al raschiamento a scopo diagnostico, anche esistendo peri o parametrite e malattie delle ovaia o delle tube; ponendo particolare riguardo alla più rigorosa disinfezione, e facendo seguire al raschiamento l'applicazione di ghiaccio sul ventre, furono affatto eccezionali i casi in cui seguì una reazione apprezzabile, certo assai più rari che non dopo la più cauta dilatazione.

Pel gran numero di raschiamenti che io ho compiuto, posso con

---

(1) Zeitsch. f. Geb. und Gynäk., X p. 175.
(2) Vedi anche: Benicke. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. XI, p. 411.

piena sicurezza raccomandare questo metodo come un buon sostituto alla graduale dilatazione e successiva applicazione di medicamenti: il metodo ha per sè, di fronte a tutti i processi di dilatazione, la facile attuabilità, la sicurezza, la persistenza degli effetti, e il solido fondamento che esso fornisce alla diagnosi. Del resto dovrò più tardi occuparmi ancora del valore del raschiamento nelle malattie della mucosa. Un gran numero di ginecologi preferisce la dilatazione fino al punto di permettere l'introduzione del dito. Altri, e specialmente Schröder (1), contano come valido mezzo diagnostico delle malattie della mucosa anche il cateterismo dell'utero. Ma avuto riguardo alla facilità con cui il cateterismo espone ad incomode sequele in casi di perimetriti apparentemente lievi, io non considero questo metodo tanto innocuo da poter senz'altro raccomandarlo.

Ho così terminato l'esposizione dei metodi diagnostici che abbiamo a nostra disposizione. Nella comune pratica ginecologica basta per lo più l'esplorazione combinata e l'esame allo speculum. Il cateterismo, l'esplorazione rettale, e l'esplorazione nella cloronarcosi fissando opportunamente l'utero e delimitandone gli annessi, ci occorreranno molto più di rado, e ancor più raramente si dovrà aggiungervi il raschiamento per stabilire la diagnosi al microscopio.

Del resto, anche per la diagnosi ginecologica ci soccorrono pure tutti gli altri metodi di esame generale. E specialmente non sarà raro dover ricorrere all'ascoltazione, alla percussione, ed alla palpazione profonda del contenuto del grande bacino: mezzi questi che sono alla portata di ciascun medico, e non richiedono una speciale illustrazione. Quando sarà del caso ritornerò su questi metodi, nonchè sull'esame chimico e microscopico di lembi di tessuto o di sostanze liquide.

---

(1) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., XI, p. 411.

II. Fisiologia e patologia della mestruazione e del concepimento.

1. — Mestruazione.

I mutamenti essenziali, subiti negli ultimi tempi dalle teorie sul processo della mestruazione, ci autorizzano a dedicare nelle nostre conferenze cliniche un capitolo a questo processo fisiologico.

Noi sappiamo che una perdita sanguigna dall'utero, la mestruazione, si ripete a regolari intervalli di circa 28 giorni: che essa varia secondo influenze del clima e d' altro genere; che anche negli stessi climi essa varia, a seconda della nutrizione e della condizione sociale; che la durata di tale perdita sanguigna abbraccia in media circa trent'anni, e che alla nostra latitudine, in Germania, comincia per lo più ai quindici anni, ora d'improvviso e senza disturbi, ora preceduta da lunghi e fastidiosi dolori al basso ventre. Al pari della prima comparsa, anche la cessazione talora avviene di botto, talora si prepara lentamente ed irregolarmente tra i 40 e 50 anni. La perdita sanguigna dura 3 a 7 giorni, raramente meno, più spesso di più; la precede una abbondante secrezione mucosa, che molte volte perdura, decrescendo in quantità, anche qualche giorno dopo cessata la perdita di sangue. In generale la quantità del sangue emesso in una mestruazione si sottrae al computo (100-250 gr.). Il liquido emesso consta di sangue e dei prodotti di secrezione delle ghiandole uterine e vaginali; la coagulazione ne è impedita dall'acidità dei secreti vaginali. Per lo più ha un odore penetrante e caratteristico.

Secondo taluni autori l'iniziarsi del periodo mestruale si accompagna ad un aumento di temperatura fino ad 1 grado; per altri vi sarebbe diminuzione, e così pure nella frequenza del polso; attestazioni che io, dirigendo le mie ricerche su questo punto, non potrei ritenere corrispondenti alla norma. I disturbi che si collegano alla mestruazione subiscono straordinarie oscillazioni individuali. Molte donne non hanno che l'incomodo della perdita. Oltre ai noti sintomi di dolore gravativo al sacro, all'ipogastrio, di irritazione ai genitali esterni, di frequente invito ad urinare (la secrezione dell'urea è diminuita), e di varî fenomeni nervosi, è frequente il lamento che all'epoca mestruale la digestione sia più

irregolare del solito e ai genitali si manifesti un senso di peso tanto nelle donne maritate, che nelle ragazze. Spesso in questo periodo l'eccitazione sessuale è aumentata; la maggior parte delle donne dicono di sentirsi poco bene.

Se l'essenziale delle manifestazioni cliniche della mestruazione si lascia riassumere in queste linee generali, negli ultimi tempi l'anatomia e la fisiologia della mestruazione, e i suoi rapporti coll'ovulazione hanno dato luogo a molti interessantissimi studî.

L'ipotesi di Pflüger, che la periodica maturazione di un follicolo di Graaf desse luogo in via riflessa ad una congestione arteriosa nel sistema genitale, e che la deiscenza del follicolo (ovulazione) coincidesse regolarmente coll'uscita di sangue dai vasi della mucosa uterina (mestruazione), fu per lo meno molto scossa da indagini assai dimostrative. La maturazione dell'uovo non segue un tipo mensile; essa accade gradatamente, e la deiscenza del follicolo può avverarsi ad ogni momento, come pure non è legata ad alcun periodo la possibilità del concepimento nella donna. Però questo mutamento nella ghiandola genitale esercita una rilevante eccitazione sui genitali, e ne segue un periodico aumento nell'afflusso di sangue, ed una tumefazione della mucosa e del parenchima uterino. Se l'uovo vien fecondato, questa mucosa si modifica ulteriormente in decidua: se non interviene la gravidanza, allora, giunto all'acme il turgore riflesso della mucosa, si viene a lacerazione di vasi, ad emorragie, e infine a regressione della mucosa. Perciò l'emorragia non è un segno dell'avvenuta maturazione di un uovo: essa indica la fine di un periodo di eccitazione riflessa, in cui non si avverò il concepimento. Se entra in scena la gravidanza, l'uovo che si sviluppa non è quello dell'ultima mestruazione, che appunto colla mestruazione andò perduto, ma è uno maturato dopo di essa (Sigismund (1) Löwenhardt (2) Reichert (3)).

Evidentemente è cosa di grande importanza il precisare questi rapporti, tanto per il modo di compiersi della fecondazione, quanto per il calcolo della durata di una gravidanza. Ad ogni modo la mestruazione e l'ovulazione, e perciò anche la funzionalità e lo sviluppo del parenchima ovarico, hanno un rapporto causale innegabile colla funzionalità dell'utero. Indarno si tentò di scindere i due fatti, e se anche, in base alla persistenza di emorragie uterine dopo la completa esportazione delle due ovaie, si volle concludere alla persistenza della mestruazione, pure i numerosi casi che vi si riferiscono nella letteratura, e quelli che io stesso ho presenziato, non corrispondono alla regola, e di rado oltre-

(1) Berliner Kl. Wochenschrift, 1871, N. 25.
(2) Arch. f. Gynaek, III, p. 456.
(3) Accademia delle scienze di Berlino, 1873.

passano la durata di un anno. Per giudicare di questi casi bisogna prima di tutto stabilire se l'ablazione del parenchima ovarico fu completa, perchè residui anche minuti di tessuto ovarico, per quanto in apparenza strozzati dalla legatura, se sto alla mia esperienza in un caso, possono contenere e lasciar giungere a maturanza dei follicoli di Graaf.

Mutamenti più essenziali si sono avverati nelle nozioni sul processo anatomico della mestruazione. Dopo la pubblicazione fatta nel 1873 delle belle ricerche in proposito di Kundrat ed Engelmann (1), il processo fu studiato da diversi autori (2) in una lunga serie di preparati, corrispondenti ai diversi giorni della mestruazione e del periodo intermestruo. Per quanto le viste degli autori differiscano ancora in punti essenziali, pure molti sono d'accordo nell'ammettere che la mucosa dell'utero si rigonfi durante la mestruazione, e subisca nei suoi strati superficiali una degenerazione grassa, sia poi questa primaria o secondaria, per cui questi strati vengono eliminati, mentre i vasi superficiali congesti si rompono e danno luogo allo scolo sanguigno.

Tutte queste indagini furono intraprese su cadaveri, e in ciò sta la ragione della differenza tra questi ed i reperti di C. Ruge e Moerike (3) i quali tolsero col raschiamento la mucosa dalla donna viva sana durante la mestruazione e durante il periodo intermenstruo, ed esaminarono i preparati sia immediatamente, sia dopo indurimento. Dal lavoro di Moerike risulta in modo indubbio che durante la mestruazione la mucosa del corpo di regola non va distrutta nè in tutto il suo spessore, nè in grande superficie, chè anzi conserva il proprio epitelio cilindrico vibratile. Di più, si può considerare come assodato che gli elementi interghiandolari non subiscono aumento nè di numero, nè di volume, e che la degenerazione grassa, se pure vi è, avviene solo in minimo grado. I vasi sono dilatati e congesti, e negli strati più superficiali si formano degli stravasi. La sostanza omogenea fondamentale appare in aumento. Si deve perciò ammettere che la secrezione mestruale solo in parte è dovuta a rottura di vasi, mentre si verifica in parte attraverso alle pareti di capillari integri. Cessata la mestruazione i vasi si riducono, e la mucosa uterina rigogliosamente ipertrofica va incontro ad un processo involutivo (fig. 18 e 19).

Le ovaie durante la mestruazione si tumefanno in modo evidente. In condizioni favorevoli (pareti addominali sottili, scarsa sensibilità, vagina ampia e dilatabile) si può rilevare la sede dei follicoli allora maturanti. Se il follicolo è scoppiato, al che segue di solito un minimo versamento di sangue nel cavo addominale, l'ovaio si detumefa, mentre dai

(1) Stricker. Med. Jahrb, 1873, p. 159.
(2) Williams: Obst. Journal of gr. Brit., Agosto, 1874. — Leopold: Arch. f. Gyn. XI e XXI. — Wyder: Arch. f. Gyn, XIII. — De Sinety: Arch. de Tocologie, 1881.
(3) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. VII.

residui del follicolo si svolge il corpo luteo, e coll'ovaio si riducono an-



Fig. 18. — Mucosa uterina con cellule cilindriche a ciglia vibratili nelle ghiandole. Dal trattato di Schröder.

che le tube che, durante la generale iperemia, si sentivano manifestamente ingrossate in ragione del rigonfiarsi della loro mucosa.



Fig. 19. — Mucosa uterina mestruante. Da Schröder.

Senza che si possa in egual modo mettere in rapporto il fatto colla maturazione di un follicolo, vi hanno tuttavia donne che fra due periodi

mestruali risentono gli incomodi della mestruazione, il molimen mestruo, non seguìto però da scolo sanguigno. Questo molimen raggiunge talvolta una grande intensità, mentre in altri casi è appena avvertito: vi sono donne che lo risentono in modo quasi tipico e regolare sotto forma di dolori lombari e sacrali, o di gastralgie e cefalee, mentre altre accusano appena il senso di tensione e di premito ai genitali. Tali dolori intercalari non di rado compaiono appena durante la vita sessuale, in altri casi cessano appunto coll'iniziarsi dei rapporti sessuali, e raggiungono talvolta tale intensità da costringere la donna a ricorrere al medico.

Invogliato dal lavoro di Fasbender (1), ebbi occasione di constatare una certa frequenza relativa di questi dolori intercalari, dei quali molti non si sono ancora fatti una idea esatta. Un carattere patologico lo assumono solo nei casi in cui i sintomi sono esacerbati dall'esistenza di malattie uterine. Nel caso, la terapia si rivolgerà prima a vincere queste complicazioni. Se i dolori persistono ancora in modo analogo, si faranno sottrazioni sanguigne poco tempo prima dell'epoca di loro insorgenza, e si metteranno in opera derivativi intestinali e cutanei. Qualche volta, in casi gravi, riesce utile la cura con pessarii intrauterini. In casi di estrema violenza dei dolori resta quale ultimo rimedio l'estirpazione dell'utero e delle ovaie.

2. — Le anomalie della mestruazione.

Fra le anomalie della mestruazione non si devono comprendere quei disturbi, che tanto spesso sono risentiti dalle donne più sensibili in rapporto colla mestruazione, finchè questi disturbi si mantengono in limiti fisiologici. Perciò non si dirà anomalia mestruale il senso di generale malessere, la presenza di dolori transitorii, o l'oscillazione modica nella quantità del sangue fluente, o la durata di uno o due giorni in più od in meno del periodo mestruo, o la secrezione mucosa protraentesi per qualche giorno in rapporto coi processi mestruali. Anomalie si avranno solo quando la quantità del sangue è notevolmente diminuita od aumentata, e questi mutamenti si ripetono per parecchi periodi, o quando i dolori ritornano in modo costante e sempre raggiungono un alto grado. Le forme di anomalie clinicamente più importanti sono l'amenorrea, la menorragia, la dismenorrea.

Per questi disordini mestruali potrei limitarmi a rimandare agli ulteriori capitoli sui vizii di sviluppo e sulle varie malattie, delle quali questi disordini figurano come sintomi. Credo però di meglio rispondere al desiderio dei miei lettori dando qui alcune notizie riassuntive sui caratteristici quadri clinici tanto frequenti nella pratica, riservandomi di ritornare poi all'occasione sull'argomento.

---

(1) Zeitschr. f. Geb. u. Frauenkrankh. 1875. p. 126.

A. — Amenorrea.

Si ha l'amenorrea quando il flusso sanguigno è ridotto a minime proporzioni o manca completamente. Se ne hanno diversissime forme. Taccio qui dell'amenorrea durante la gravidanza e l'allattamento: se, limitatamente ai primissimi tempi della gravidanza, fatto rarissimo, può verificarsi una emorragia fisiologica analoga alla mestruazione, durante l'allattamento è invece abbastanza frequente la comparsa di mestruazioni perfettamente regolari. La differenza tra i due processi fisiologici si spiega con questo, che nella gravidanza cessa l'ovulazione, anche prima che tutta la mucosa uterina sia colpita dalle modificazioni determinate dall'uovo in via di sviluppo, mentre al tempo dell'allattamento non è raro che si ristabilisca l'ovulazione, e la possibilità di una nuova gravidanza.

Dell'amenorrea patologica si devono fare delle distinzioni, secondo che essa poggia su difettoso sviluppo dei genitali o di tutto il corpo, o su malattie generali, o su malattie dell'apparato genitale.

Nella prima forma dobbiamo prendere in considerazione le grandi varietà nello sviluppo corporeo, che influiscono sull'insorgenza della pubertà. Non è a dirsi che una ritardata pubertà coincida sempre con un incompleto sviluppo del corpo; ed è pure fuor di dubbio che l'ovulazione può preesistere già da lungo prima che si manifesti la mestruazione. In proposito ricorderò i casi attendibili di fecondazione senza che vi fosse stata mestruazione (1). È abbastanza frequente in questi casi di amenorrea che la mestruazione si inizii dapprima assai irregolarmente, tanto che nel decorso di anni si verifica solo una emorragia che abbia il carattere di mestruazione. Per lo più si tratta di ragazze o donne clorotiche, e solo dopo vinta questa condizione patologica, la mestruazione si stabilisce in modo regolare. Del resto, sono numerosi nella letteratura i casi in cui non vi fu mai mestruazione, sebbene i genitali avessero apparentemente normale sviluppo, e si fosse perfino verificata una gravidanza.

Riguardo all'amenorrea da incompleto sviluppo degli organi genitali, accennerò qui soltanto che si possono avere emorragie simili alle mestruali in organi genitali colpiti da arresto di sviluppo, in corni uterini atresici, od in altre regioni dell'apparato genitale: ne riparleremo più a lungo parlando di tali atresie.

La seconda categoria di amenorrea, dovuta a malattie generali esaurienti, o a malattie dei singoli organi, non è quasi affatto di competenza di una terapia ginecologica. Qui l'amenorrea non è che un sintomo di altre lesioni, colla cui cura si confonde la sua.

(1) L. Mayer: Berliner Beiträge z. Geb. u. Gynäk. II. p. 126.

Una forma speciale di amenorrea si osserva nella polisarcia di grado elevato, e può giungere fino alla completa soppressione del flusso mestruale (1).

L'amenorrea in seguito a malattie dell'apparato genitale non è talvolta che un sintomo dei singoli stati morbosi. Così si sa che negli stadii iniziali della metrite acuta e della endometrite può aversi amenorrea. Le mestruazioni scompaiono anche nelle gravi lesioni croniche del parenchima uterino e dei parametrii, quantunque la cessazione non sia sempre in immediato rapporto colla malattia. Talvolta alle malattie delle ovaie si associa l'amenorrea; è però più frequente negli stadii iniziali l'aumento delle mestruazioni.

Si conoscono casi isolati (2) in cui influenze psichiche hanno determinato una soppressione dei mestrui. I casi da me osservati e che vi si riferiscono concernono fanciulle e donne nei primi stadii di sviluppo di una psicosi. Non è raro che in casi di simil genere sia invocato il parere di un ginecologo, quando non si sono ancora pronunciati disturbi psichici così rilevanti, da far palese anche all'occhio del profano che la malattia del sistema nervoso predomina sulle lesioni della sfera genitale.

Prescindendo dai casi di mancanza primaria di ogni flusso, l'amenorrea per lo più non si determina improvvisamente: di solito il flusso sanguigno si fa prima scarso, ritorna ad intervalli sempre più lunghi, ed è di brevissima durata. Poi la mestruazione può mancare affatto per uno o più periodi, per ripresentarsi quindi nei termini normali, o riapparire regolarmente dopo un intervallo di 5, 6 o più settimane. Specialmente nei primi casi, all'epoca in cui è attesa la mestruazione appaiono spesso degli intensi fenomeni congestizii, cefalea, dolori sacrali, senso di oppressione, disturbi gastrici, e a simili disturbi, che si riproducono regolarmente, si associano non di rado emorragie dall'intestino, dal naso, od anche dallo stomaco. Bisogna in genere andar molto cauti nel giudicare di queste cosidette mestruazioni vicarie. Localmente si trova di solito, in tali periodi, aumentata la secrezione della mucosa uterina; e in principio si nota aumentata succolenza dell'utero, tumefazione e sensibilità, mentre quando questo stato è durato a lungo tutti questi fenomeni possono svanire completamente.

Con sintomi quasi analoghi ho visto spesso insorgere una precoce menopausa, e prepararsi una involuzione dei genitali col corteo degli accennati disturbi già verso il 30.° anno di età, ed anche prima.

L'indicazione a curare l'amenorrea per sè, è data dai tormentosi fenomeni di congestione in altri organi. Solo in caso di simili complicazioni mi sono deciso ad una cura locale, mentre in genere preferisco

---

(1) Kisch: Berl. Klin. Wochenschr. 1867 N. 20.
(2) Parvin: Amer. Practitioner 1872 — Raciborski: Archives gén. de Med. 1865.

occuparmi di rinforzare la costituzione curando la nutrizione e le condizioni di vita. È specialmente raccomandabile a tali malate il soggiorno in campagna, i bagni di mare, il moto in montagna. Fra le forme di amenorrea da malattie generali merita osservazione quella derivante da polisarcia, in cui si ottiene un mirabile effetto dalle cure con acque saline derivative, come quelle di Marienbad. È da tempo che non faccio più uso dei così detti emmenagoghi per vincere l'amenorrea. Faccio eccezione solo per l'aloe da usarsi in casi ostinati, fidando specialmente nell'azione eccitante sulla fibra muscolare dell'intestino, che spesso è soggetta a invincibile paresi; assai maggiore è il vantaggio che mi riprometto dagli stimoli che agiscono sulla mucosa e sul parenchima uterino, semprechè altre affezioni genitali non forniscano una speciale indicazione. Fra questi mezzi metto in prima linea l'uso delle scarificazioni, che nei casi di amenorrea io pratico largamente, talvolta ogni due giorni, talvolta quotidianamente nei giorni in cui dovrebbe comparire la mestruazione; poi l'uso della sonda, dei pessarii intrauterini, dei semicupii freddi, infine gli irritanti cutanei applicati al basso ventre o alla superficie interna delle cosce.

B. — **Menorragia.**

Si comprendono sotto questo nome le emorragie mestruali che, sia per la loro intensità, sia per la lunga durata, compromettono la salute. Ci riesce spesso difficile giudicare se il flusso sanguigno sia in eccesso, perchè non abbiamo mezzi per calcolare la quantità del sangue fluente e le proporzioni di una mestruazione normale. In alcuni casi di lamentate menorragie ho fatto raccogliere il sangue su pezze, per controllare direttamente la quantità: e fui non poco stupito di vedere come una quantità ralativamente piccola di sangue sia stata da alcune giudicata in eccesso, mentre altre donne di costituzione quasi identica la ritenevano normale. È affatto eccezionale che nella mestruazione si arrivi ad un vero deflusso continuo di sangue dai genitali; per lo più il sangue esce a intervalli, talora anche misto a coaguli la cui vista impressiona di solito assai la donna. Dopo simili osservazioni non mi sono mai accontentato ad ammettere senz'altro le dichiarate profuse menorragie, e non stabilisco la diagnosi senza aver prima controllato il sangue emesso.

Sono rarissime le menorragie non collegate a essenziali alterazioni dei genitali. Si tratta allora di donne gracili, mal nutrite, o che hanno un sistema irrazionale di vita, e che soffrono di straordinarie perdite sanguigne in forma di menorragie, senza che negli organi genitali si possa scoprire il punto di partenza della emorragia. Molte di queste pazienti ebbi l'occasione di curare e di esaminare minutamente, senza che nella sfera genitale si potesse rilevare uno stato patologico qualsiasi.

Anche donne tisiche soffrono talvolta di simili menorragie, come pure donne sofferenti di mali al cuore, al fegato, ai reni; perfino nella polisarcia si può avere menorragia, sebbene più frequente sia l'amenorrea. In tutte queste forme sono le malattie generali che meritano di richiamare l'attenzione del medico: le menorragie cessano colle migliorate condizioni degli organi malati, o in ogni caso passano in seconda linea davanti al prevalere della malattia primaria.

Nella cura di simili menorragie hanno grandi vantaggi le sottrazioni sanguigne poco prima del periodo mestruale; e con scarificazioni poco profonde, fatte prima dell' insorgenza della menorragia, si arriva talvolta a limitarla. In altri casi si può combattere la perdita sanguigna colla somministrazione della segale, dell' estratto fluido di Hydrastis canadensis (nella dose di 15 gocce, 4 volte al giorno), col riposo, coll' evitare ogni sforzo, obbligando eventualmente la donna a letto nel tempo della menorragia. Come mezzo di arrestare la perdita raccomando specialmente le irrigazioni vaginali calde a 40° R. (1) dalle quali ho ottenuto migliori risultati che non dall' uso del freddo, sia in forma di irrigazione continua col noto speculum refrigerante, o in forma di semicupi freddi. Nelle tisiche ho sempre trovato inefficaci le irrigazioni calde, perciò in queste ammalate non posso raccomandarle. Sono rare le menorragie che, senza avere un fondamento anatomico, resistano ad una cura locale energica e protratta di simil genere: qualche volta però si presentano anche di questi casi. Vi si trovano lesioni insignificanti della mucosa e aumento di volume appena apprezzabile dell'utero. Per tali casi disperati si è consigliato l'estirpazione delle ovaie: in una disgraziata donna che per le profuse emorragie era diventata inetta al lavoro e per anni si era invano trascinata da ospedale in ospedale, anch'io cercai un rimedio nell'estirpazione delle ovaie, dopo aver inutilmente esaurite tutte le risorse dell'arte. Ma nonostante l'operazione le menorragie non cessarono, e, superata felicemente la castrazione, le perdite si ripeterono, come per l'innanzi, profuse, come io ebbi più volte a controllare. Mi decisi infine a tentare nella paziente di 37 anni l'estirpazione dell'utero, ed anche oggidì rivedo spesso la donna che mi ripete che solo dopo quest' atto operativo essa è ritornata atta al lavoro dopo anni ed anni di infermità. Naturalmente un simile modo di procedere è autorizzato solo nei casi estremi, e specialmente in questo caso io mi resi perfetto conto della responsabilità della cura.



Fig. 20 — Speculum refrigerante di Kisch.

Nelle malattie dell' apparato genitale le menorragie sono uno tra i sintomi più frequenti, sia o no interessata la mucosa. Se nelle malattie

(1) Bertram: Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk, VIII, 1882, p. 150.

uterine se ne trova una facile spiegazione nell'iperemia che vi si collega, è già più difficile interpretare come mai una malattia degli annessi, ad es. delle ovaie o delle tube, possa esercitare una simile influenza. In quasi tutti i seguenti capitoli dovrò accennare alle menorragie: la loro terapia forma parte di quella delle singole forme morbose.

C. — Dismenorrea.

Non dobbiamo intendere sotto questo nome i disturbi che quasi tutte le donne risentono all' epoca della mestruazione, quali i dolori sacrali, l' irrequietudine, il senso di peso, di tensione al basso ventre, l' invito frequente ad urinare e simili. Questi sono fenomeni concomitanti la mestruazione, che la maggior parte delle donne sanno ragionevolmente tollerare. Solo quando questi disturbi raggiungano un grado da rendere la donna inetta al lavoro nel periodo mestruale, meritano che se ne tenga conto. Vanno specialmente soggetti questi dolori ad esacerbazioni, pel fatto di malattia nella sfera genitale, come endometrite, metrite, parametrite, e in particolar modo per l' esistenza di neoplasmi nell' utero. Talvolta nella perimetrite la deiscenza del follicolo di Graaf può causare dolori così violenti da costituire un segno di un certo valore per la diagnosi di questa malattia.

I veri disturbi dismenorroici sono i dolori colici, che hanno il carattere delle doglie di parto, e insorgono spesso prima dello scolo di sangue per scomparire quando il flusso sanguigno si stabilisce, o durare in altri casi per tutta la durata della mestruazione. In casi di abbondante secrezione queste coliche uterine si ripetono anche fuori del periodo mestruale, coincidendo coi già accennati dolori intercalari. I dolori sono, a quanto pare, dovuti all'impedito deflusso del sangue effuso e del secreto della mucosa. Un simile ostacolo può esser dovuto ad una flessione del canal genitale: in altri casi l'otturamento del canale è in rapporto colla tumefazione della mucosa, con una stenosi, con una neoformazione.

Bisogna ammettere che il secreto stagnante a guisa di corpo straniero ecciti l'utero a contrazioni più o meno energiche, finchè l' ostacolo sia superato. L' obbiezione che una simile ritenzione del contenuto uterino non fu constatata mai al tavolo anatomico, obbiezione sollevata da autori inglesi (M. Duncan (1), Playfair), ha poco valore, perchè da una parte, in occasione di autopsie, io ho ripetutamente trovato masse così soffermate nella cavità uterina; d'altra parte è un fatto di comune osservazione che per contrazioni agoniche o post mortali l'utero può espellere corpi stranieri: e perchè non potrebbe ammettersi una analoga espulsione anche in simili casi, che del resto occorrono così di rado all' autopsia?

(1) Edinburgh med. Journal 1871, maggio.

La forma speciale di dismenorrea, che nel suo punto culminante si esplica coll'espulsione degli strati superficiali della mucosa uterina sotto violenti dolori colici, piglia il nome di dismenorrea membranosa od esfoliativa; essa sarà ancora descritta in un capitolo a sè fra le endometriti, delle quali rappresenta una forma particolare.

La cura della dismenorrea in genere si confonde con quella delle malattie locali che la occasionano. Ben di rado si è costretti a tentare una cura diretta sull'utero. In casi di occlusione del canale uterino per anomalie di forma, ho visto le pazienti provare grande vantaggio dal portare un pessario intrauterino: in altri casi questo corpo straniero non fa altro che esacerbare le coliche. Una simile cura locale è poi senz'altro controindicata, quando esistano malattie degli annessi.

D. — **Concepimento.**

Non voglio qui diffondermi sulle diverse ipotesi per ispiegare come il concepimento avvenga. Voglio solo rilevare, nell' interesse del sesso femminile, che, perchè il concepimento avvenga, si esige l'intervento di uno sperma capace di fecondare, e che perciò dobbiamo guardarci nei casi di sterilità di attribuirne, senz'altro, e forse ingiustamente, la colpa alla donna. Dalle ricerche di Kehrer (1) emerge con sufficiente sicurezza che circa un terzo dei matrimoni infecondi sono causati dall' impotenza del marito. A me solo in rari casi fu dato di poter esaminare lo sperma, e non oso porre queste ricerche nella bilancia per definire la questione: ma dagli antecedenti del marito in questi casi credo di poter trarre la conclusione che le asserzioni di Kehrer colpiscono nel vero. Perciò, prima di imputare alla donna la sterilità, e di tentare la cura di qualche stato morboso dei genitali per emendare questa sterilità, mi pare opportuno di procurarsi un criterio sicuro sul grado di potenza virile del marito. So bene quali grandi difficoltà si oppongono nella pratica a queste indagini, e mi rincresce che non si conosca un mezzo di stabilire il potere fecondante del maschio senza l' incerto esame dello sperma.

Lo sperma penetra assai rapidamente nelle vie genitali (2), ma nelle condizioni favorevoli alla sua vitalità fornite dal secreto vaginale ed uterino mantiene il potere fecondante per diversi giorni nella cavità uterina, tanto che non è necessario ammettere che il concepimento segua sempre immediatamente alla coabitazione.

L'avvenuto concepimento non di rado si fa manifesto per subita insorgenza di caratteristiche sensazioni nella donna. Talvolta esso sembra associarsi ad una sensazione voluttuosa, analoga a quella che si desta nel momento dell' eiaculazione dello sperma, sensazione che del resto e

(1) Zur Sterilitätslehre. Beitr. z. klin. u. experim. Geburtskunde, II, p. 76.
(2) Lott. — Zur Anatomie u. Physiologie des Cervix uteri, 1872.

piuttosto rara nella donna, e per lo più si verifica solo dopo un protratto eccitamento. In altri casi si manifestano subito dopo il concepimento dei fenomeni psichici d'indole varia: altre donne dicono sentire da questo momento una speciale sensazione di calore; infine vi sono di quelle che dal momento del concepimento cominciano a risentire i caratteristici disturbi degli stadii iniziali della gravidanza.

Se la gravidanza segua piuttosto ad una coabitazione che preceda di poco il ritorno della mestruazione, o ad una compiuta subito dopo il periodo mestruale, per quanto mi consta, non credo si possa dedurlo dalle osservazioni cliniche.

E. — Sterilità.

Le condizioni da cui dipende la sterilità non sono nè semplici, nè chiare nelle loro cause ultime.

Se prescindiamo dai casi di totale mancanza delle ghiandole sessuali o di completa chiusura delle vie che vi conducono, ci accadrà di rado di poter pronosticare una incondizionata sterilità della donna, anche se si tratti di processi patologici recanti gravissime lesioni ai genitali. Infatti quante volte le cause più frequentemente invocate della sterilità, permettono tuttavia un concepimento, fosse pure in modo accidentale! Ricordo in proposito i casi di imene cribriforme ed imperforato (1), i casi di estrema stenosi dell' orificio esterno, come ne ho spesso osservato, i casi di malattie croniche e avanzata degenerazione delle ovaie, in cui ad onta di tutto si verificò ancora la gravidanza. Sarebbe perciò assai incauto chi di fronte a tali lesioni pronunciasse una prognosi assolutamente infausta riguardo alla possibilità del concepimento. Specialmente trattandosi di stenosi dell'orificio esterno sono diventato molto riservato nel giudizio, dopochè ho visto avverarsi il concepimento in donne che avevano l'orificio uterino esterno dell'ampiezza appena di una punta di spillo. Tuttavia può valutarsi minima la probabilità di un concepimento in condizioni simili, specialmente se sono ammalati utero ed ovaio. Di prognosi più riservata mi sembrano i casi di malattie del sistema genitale che, dipendenti per lo più da una infezione gonorroica, hanno colpito le tube, il perimetrio e forse in seguito a ciò si sono fissate nelle ovaie. Questi casi di ooforite cronica, di periooforite, di perimetrite, di salpingite, con contemporaneo catarro uterino, li ho, salve rare eccezioni, visti associati a durevole sterilità: siccome però è solo dopo prolungati e razionali tentativi di cura che si ha il diritto di disperare della guarigione di simili stati morbosi, nella prognosi procederemo colla massima prudenza. Del resto, nel trattare le singole malattie dei genitali dovrò spesso ritornare su questo punto.

(1) C. Braun: Wiener med. Wochenschr. 1882 N. 45.

III. Patologia della vagina e dell' utero.

Nel tentare la fusione della patologia della vagina e dell'utero per ciò che riguarda gli arresti di sviluppo, i cambiamenti di forma, gli spostamenti e i processi infiammatorii, sono guidato dall'intento di riunire fatti che sono in così intimi rapporti eziologici, anatomo-patologici e terapeutici. Spero così di facilitare l' intelligenza di questo argomento, specialmente per quanto concerne l' eziologia e la terapia e di evitare inutili ripetizioni, mentre le caratteristiche lesioni anatomo-patologiche verranno convenientemente svolte.

A. — Anomalie di sviluppo, forma e situazione.

1. — Vizii di conformazione della vagina e dell' utero.

Lo sviluppo degli organi genitali si comprende facilmente dalle unite tavole schematiche che io prendo a prestito al trattato dello Schröder.



Fig. 21. — *all*, allantoide. *r*, retto. *m*, canale di Müller, che formerà la vagina. *a*, introflessione della pelle ove si formerà l' ano.



Fig. 22. — L' introflessione della cute si è perforata e forma la cloaca.



Fig. 23. — Il perineo è formato : l' ano e il seno uro-genitale sono divisi. *u*, uretra. *r*, vagina. *b*, vescica.

Studiando questi disegni ci riuscirà più facile l' intelligenza di quanto andremo esponendo (fig. 21, 22, 23).

I.° — Aplasia degli organi genitali.

I vizii di conformazione dipendenti da arresto di sviluppo sono per lo più collegati ad anomalie così rilevanti del corpo, che i feti che ne

sono colpiti non sono capaci di vita estrauterina, o vengono in breve a soccombere, anche se si riesce, ad esempio, a vincere l'atresia del tubo intestinale o della vescica (fig. 24; 25) nel neonato. Non è qui il caso di diffondersi sulle possibili varietà di questi arresti di sviluppo: io intendo ricordare solo alcuni di quei casi che mi sono occorsi nella pratica, nei quali a un dato momento si rese necessario l'aiuto medico.



Fig. 24. — Atresia completa. *b*, vescica. *g*, canal genitale, *r*. retto.



Fig. 25. — Atresia completa. Allantoide diviso dal retto. Vescica e canale genitale distesi da urina.

a). *Mancanza e sviluppo rudimentario.*

In quattro donne ho potuto constatare l' assenza assoluta dei tubi del Müller. Nella fossetta esterna, nella quale si scolpisce anche l'apertura di ingresso ai genitali interni, si trovava formata soltanto l'uretra; mentre i genitali esterni si potevano riconoscere chiaramente se non completamente sviluppati. In due non si poterono scoprire le ovaie: in una si trovava al lato sinistro, presso alla parete del bacino, un piccolo nodo, che poteva interpretarsi per l'ovaio sinistro. Questo reperto, che io ebbi a constatare con ripetute esplorazioni, ha clinicamente lo stesso valore de casi in cui, invece di una completa assenza, si ha sviluppo rudimentario dei tubi di Müller in forma di cordoni imperforati.

Se mancano le ovaie, questi individui, che si potrebbero chiamare neutri nel vero senso della parola, presentano scarso sviluppo del busto, hanno solo pochi segni esterni della pubertà, e vanno soggetti solo eccezionalmente a molimen mestruale, s'intende senza scolo sanguigno, ma accompagnato invece da disturbi collaterali, epistassi, irritazione intestinale, perdite sanguigne emorroidarie, ecc.

Oltre agli accennati individui privi affatto di organi interni della generazione, sette ne ho trovate in cui i genitali interni si potevano sentire sotto forma di cordoni o di nodi; altre avevano vagina ben sviluppata ma terminante a fondo cieco, senza che al disopra si potesse sentire un qualsiasi prolungamento. Il maggior numero delle mie pazienti così conformate era dato da zitelle avanzate in età, con pronunciato abito tisico. Solo in una famiglia ho visto le donne affette aver assunto l'abito di virago: questa famiglia merita di esser rammentata nella serie delle osservazioni, rare nella letteratura, sulla ereditarietà di

tali arresti di sviluppo. In questa famiglia appartenente all'antica nobiltà, su due generazioni di parecchie sorelle ne ho trovato ogni volta solo una con genitali ben conformati: nella prima generazione due, nella seconda una: avevano completa assenza dei genitali.

Le prime due ebbi occasione di esaminarle nella narcosi, la seconda ho potuto esaminarla se non nella narcosi, però in modo sufficiente per poter classificarla in questo gruppo: esse mostravano abito femminile, ma un insolito sviluppo corporeo. Le donne della famiglia dotate di organi genitali sviluppati mostrarono predisposizioni allo sviluppo di neoplasmi: ed anche il rampollo maschile di ambedue le line è venuto a morte per neoformazioni maligne.

Se esistono ghiandole sessuali, queste possono, colla loro attività fisiologica, dar occasione a gravi disturbi. Fra le mie ammalate ve n'era una che, ad intervalli insolitamente lunghi, provava vivissimi dolori ovarici, con manifeste oscillazioni nel volume delle ovaie. Il continuo aumento di tali disturbi mi fornì l'indicazione alla ablazione delle ghiandole sessuali: l'una si trovò della grossezza di una prugna, l'altra molto incompletamente sviluppata. La prima conteneva numerosi follicoli di Graaf in apparenza normali, e le traccie di altri già scoppiati. — Talvolta queste donne vanno soggette alle cosidette mestruazioni vicarie: una delle mie pazienti aveva abbondanti perdite sanguigne emorroidali, ripetentisi con una certa regolarità.

Per diagnosticare questi casi è indispensabile assoggettare i genitali ad una minuziosa ispezione ed esplorazione. Non è raro che simili infelici creature siano maritate: in seguito ai tentativi di coabitazione si determina allora un' infossamento, a volte assai profondo, dei tegumenti al disotto dell'uretra, formando una specie di tasca che può esser presa per una vagina. Se si distende questa pretesa vagina, vi si trovano le traccie del rafe, e la mancanza di una mucosa rende evidente la vera condizione delle cose. In molti di questi casi si trova, fenomeno abbastanza caratteristico, un forte grado di dilatazione dell'uretra prodotta o dall'introduzione del pene, o da spinte esercitate al disotto del tubercolo uretrale.

Più difficili a diagnosticarsi sono i casi in cui è sviluppato un tratto della vagina. Bisogna sempre ricorrere alla narcosi per giungere coll' esplorazione combinata a percepire se vi siano dei cordoni rilevabili. Torna di grande aiuto l'esplorazione rettale: dall'esplorazione combinata retto-vescicale non ho potuto avere risultati egualmente soddisfacenti, perchè le mani si tornano reciprocamente più d'impiccio che d'aiuto. Il punto diagnostico più importante per giudicare di simile aplasie dei genitali, è il luogo di inserzione dei legamenti rotondi; sempre bisogna cercare di raggiungere questo punto, prima di esternare un preciso giudizio sulla natura dei cordoni fibrosi sentiti colla palpazione.

È evidente che la terapia nulla può per queste donne: anche il tentativo di formare una vagina, per rispondere alle esigenze maritali, non può che andare a vuoto. Se esiste molimen mestruale si procederà sintomaticamente: l' eventuale rimozione delle ovaie isolate è pure pienamente giustificata, quando per la loro presenza si generino persistenti disturbi.

b). Sviluppo incompleto unilaterale con possibilità delle funzioni sessuali.

Più frequente della suddescritta forma di aplasia è quella in cui lo sviluppo dei dutti di Müller non ha condotto alla piena formazione di un apparato genitale normale, in cui cioè solo un corno si è sviluppato, mentre l'altro resta rudimentale, oppure la fusione si è avverata in modo incompleto.

La metà sviluppata, cava, e comunicante coll'esterno, raggiunge per lo più uno sviluppo quasi completo, e può anzi funzionare in modo normale nella mestruazione, e adattarsi ad accogliere il frutto del concepimento. L'importanza della metà che resta allo stato rudimentale dipende dall'esser in questa più o meno completamente mancata la canalizzazione. Se essa è in parte cava, vi si può determinare una secrezione mestruale normale, ma ne deriva la formazione di raccolte sanguigne, che per lo più, se l'arte non interviene, si distendono fino a rompere le pareti, riuscendo così di estremo pericolo alla donna per l'emorragia o per la decomposizione putrida che ne può seguire. Cresce ogni giorno più nella letteratura il numero dei casi conosciuti di simili sacchi da ritenzione in tubi di Müller incompiutamente sviluppati: l'importanza loro dipende essenzialmente dalla sede, e dal periodo di tempo, molto vario, che richiede la loro distensione.

Quanto maggiore è la distanza dal polo inferiore di simili raccolte ai genitali esterni, tanto più difficile ne riesce la diagnosi, e tanto maggiore il pericolo che, in mancanza di intervento, abbiano a rompersi e causare l'esito letale.

Io ne operai un caso in donna di 19 anni, ben sviluppata, che dal 15.º anno aveva regolari mestruazioni, ma da un anno circa sentiva ad ogni periodo mestruale accentuarsi, sotto vivi e crescenti dolori, una tumefazione all'addome, che da principio essa aveva creduto dovuta all' utero gravido. Aumentati i dolori, e per le persistenti mestruazioni entrato in dubbio il marito dell'esistenza di una gravidanza, la condusse a me per consiglio. Io trovai un tumore che risaliva sopra il bellico, occupava la metà inferiore destra dell'addome, e si spingeva in basso nel piccolo bacino fin dietro l'ostio vaginale. La vagina era assai ristretta dalla presenza di questo tumore, e solo a fatica il dito penetrava

a sinistra attorniando il tumore fino all'altezza dell'ingresso del bacino, ove si raggiungeva un collo esile. Nella narcosi si potè stabilire che questo collo apparteneva ad un corno uterino, il sinistro, assai scarsamente sviluppato, e intimamente connesso col tumore (fig. 26). Sul tumore stesso, in alto ed a destra, potei raggiungere un cordone cilindrico, che ritenni essere il legamento rotondo, e, un po' più in basso ed all'indietro, un organo che per forma e per consistenza rispondeva all'ovaio. Un reperto insomma che offriva una sorprendente analogia con quelli,

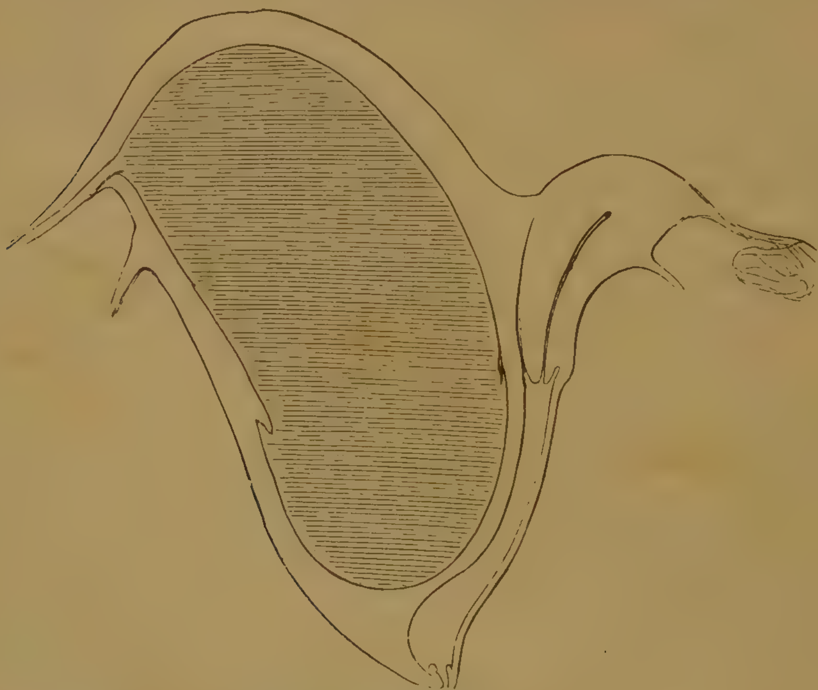


Fig. 26. — Ematocolpos ed ematometra unilaterale congenito.

descritti nella letteratura, di ematometra ed ematocolpos unilaterale (1). Questi casi si rassomigliano tutti fra loro. Praticai una larga incisione sul polo del tumore che sporgeva in vagina, appena al disopra dell'ostio, e ne evacuai, mantenendo una discreta pressione sulle pareti della cavità, un liquido brunastro, del quale non potei stabilire la quantità, perchè tutta l'operazione fu fatta sotto l'irrigazione continua.

Il sacco si ridusse: al disopra del segmento inferiore della cavità si delineò chiaramente sulle pareti un rilievo a forma di cercine, all'altezza press'a poco del collo appartenente al corno sviluppato. Più in su di questo cercine potei penetrare col dito in una cavità, che poteva considerarsi per quella del collo e del corpo del corno uterino fino ad allora rimasto chiuso. Questo corpo si ridusse poi notevolmente, mantenendo una disposizione spirale attorno al corno di sinistra, che è caratteristica

(1) Vedi la letteratura in Schroder l. c.

per questi casi. Dovetti più tardi ripetere varie volte la spaccatura, perchè l'incisione nella parete si retraeva e si occludeva con grandissima facilità. Ho finito coll'esportare tutto il setto fra le due vagine, incidendo anche in alto il setto fra i due corni uterini. Tuttavia il corno di destra si occluse ancora a diversi intervalli, e fu causa di gravi disturbi per la ritenzione di un secreto purulento, facile a decomporsi. Seppi poi dal Dr. Bunge, che la paziente ha concepito circa 5 anni dopo, ha partorito normalmente, ed è ora in buonissime condizioni: pur troppo non si ripresentò più l'occasione di rinnovare l'esame nella narcosi.

Se la cavità distesa dal sangue è più in alto nei corni separati, mentre la parte inferiore è impervia, può sorgere confusione con un tumore che sia unito da un peduncolo più o meno grosso ad un utero apparentemente poco sviluppato, ma normale. In questi casi la diagnosi differenziale incontra gravi difficoltà. Anzi, se il sospetto di una aplasia non sia appoggiato dall'anamnesi, e dal rilievo dell'altro corno uterino, la delimitazione diagnostica fra una di queste sacche da ritenzione ed una neoformazione degli annessi, può riescire quasi impossibile. Per questi casi hanno molta importanza diagnostica due sintomi caratteristici; l'aumento a sbalzi nel volume del tumore, in rapporto coi periodi mestruali, con esacerbazione dei dolori, e le contrazioni delle pareti del tumore che si destano sotto la esplorazione, e danno luogo a mutamenti nella sua consistenza. Ha pure importanza diagnostica il rapporto caratteristico delle due metà del canal genitale, rapporto accennato da Freund (1), e constatato con gran frequenza nelle successive osservazioni. Una delle due metà si avvolge a spira attorno all'altra, e per lo più è la sinistra che si avvolge attorno alla destra, mentre la destra è sede dello sviluppo rudimentario più frequentemente che non la sinistra.

La terapia può solo consistere nell'apertura del sacco imperforato, e in proposito ci riferiamo a quanto sopra.

c). *Fusione incompleta dei tubi di Müller.*

Di fronte a questi arresti di sviluppo unilaterali, non sono rari quelli che colpiscono ad un tempo le due metà dell'apparato genitale. Interesse più teorico che pratico hanno i casi in cui mancò affatto la fusione dei tubi di Müller, e ne risultano due canali genitali sboccanti separatamente all'esterno, e decorrenti l'uno di fianco all'altro. Le due metà possono allora funzionare ciascuna per proprio conto in modo affatto regolare: d'ambo i lati vi ha mestruazione, sebbene non sempre contemporaneamente; ambedue possono servire alla coabitazione ed alla fecondazione. Vi sono altri casi in cui accidentalmente una metà si fa più sviluppata, e serve a tutte le funzioni sessuali, mentre l'altra non offre

(1) Vedi per la bibliografia in Schröder a pag. 56.

mestruazione, non viene distesa e non si adatta ad accogliere l'uovo fecondato (fig. 27).

Fra i casi di simil genere uno ne vidi di recente in una donna nel vigor dell'età, che dietro ad un ostio vaginale ben sviluppato presentava una membrana tesa, a decorso verticale, ai cui due lati si trovavano, egualmente permeabili, i lumi delle due vagine distinte. Era mestruata in modo regolare, pare, dalle due metà contemporaneamente.

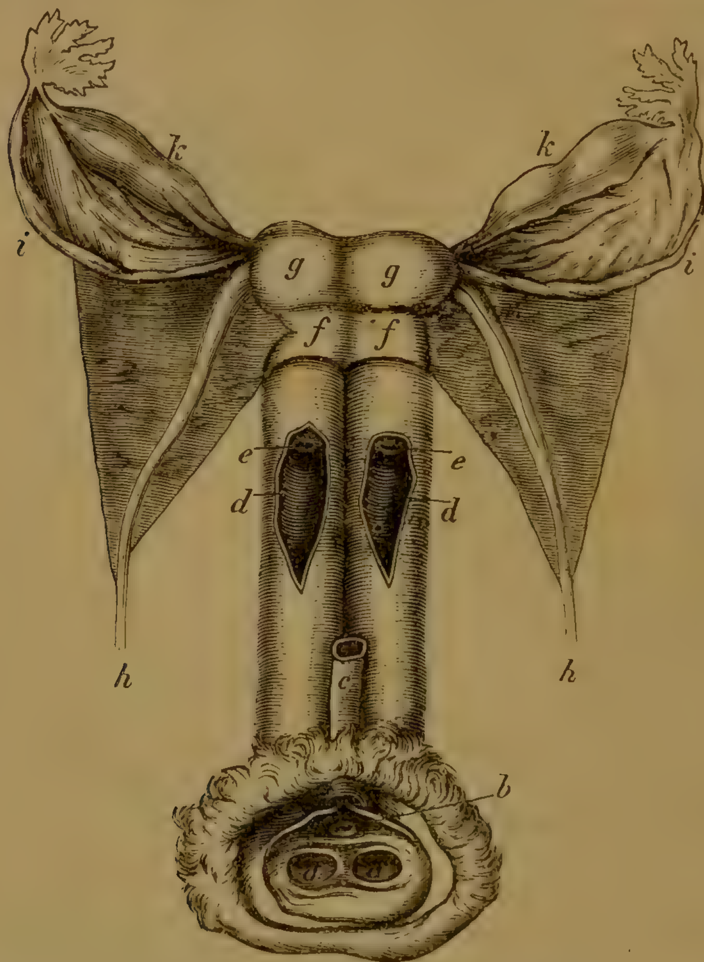


Fig. 27. — Utero e vagina didelfi (dall'Atlante di E. Martin, tav. XXXVI).

Questa condizione di cose era già stata constatata accidentalmente da medico qualche anno prima; a me ricorse la giovane nella tema che stando essa per passare a marito, l'anomalia potesse spiegare qualche influenza sulle sue eventuali speranze. Di statura più grande del solito, dell'età di 35 anni, essa presenta abito femminile, ma fattezze del viso maschie. Nacque da un parto trigemino, e sostiene che anche suo fratello e sua sorella abbiano qualcosa di insolito nelle forme del corpo. Io esportai tutto il setto dall'introito alle due cervici, e chiusi con sutura contigua al catgut le superfici cruente. La guarigione avvenne senza disturbi: tra poco la donna si mariterà.

È evidente che simili casi possono passare senza alcun fatto patologico attraverso tutti gli stadii di funzionalità degli organi genitali, mentre d'altra parte l'ineguaglianza di sviluppo, oppure la gravidanza insorta in una metà, possono trarre con sè diverse complicazioni che è facile prevedere.

d). Arresto di sviluppo per incompleta comunicazione del canal genitale coll'esterno.

Ben più importanti che non i casi precedenti sono quelli in cui i tubi di Müller si saldarono e si fusero, ma non si verificò in modo normale la loro comunicazione col seno urogenitale. Questi casi di atresia si distinguono in atresia imenale, quando l'imperforazione ha sede a livello dell'imene; atresia vaginale od uterina quando ha sede più in alto. L'atresia uterina si distingue poi in atresia dell'orificio esterno, del canal cervicale, o dell'orificio interno.

A questi si devono riunire i casi in cui il lume dei tubi di Müller perfettamente fusi non è in comunicazione coll'una o coll'altra delle due tube, i casi cioè di atresia congenita delle tube.

D'altra parte, perfettamente analoghi nelle loro conseguenze sono i casi di atresie acquisite nei periodi ulteriori della vita sessuale, che possono pure aver sede tanto all'ingresso del canal genitale, quanto in un punto del suo decorso.

Gli effetti delle atresie congenite è rado si facciano apparenti prima della pubertà. È all'insorgere della pubertà che determinano ritenzione del sangue mestruo e delle altre secrezioni, quando nel resto i genitali siano ben sviluppati in modo da dar luogo a mestruazione. Un'altra conseguenza è l'ostacolo alla fecondazione, in rapporto colla sede dell'atresia. In uno stesso canal genitale possono esistere ad un tempo diversi punti atresici; in questi casi le perdite sanguigne danno luogo alla formazione di diversi sacchi situati l'uno sopra l'altro, e che non sempre comunicano.

I sintomi delle atresie concernono specialmente le mestruazioni; senza che vi sia un vero scolo di sangue all'esterno, si sviluppano dolori tensivi caratteristici al basso ventre, che da principio sono appena accompagnati da lieve malessere e scompaiono presto, ma poi, ripetendosi periodicamente, si fanno sempre più intensi, cosicchè il senso di malessere ed il dolore tensivo si protraggono anche al di là del tempo di una mestruazione normale.

La salute generale si risente di questi disturbi, specialmente quando vi si aggiunge irritazione del peritoneo (dolori tensivi, nausea; vomito), sintomi di anemia, costipazione del retto e della vescica. In rarissimi casi le mestruazioni cessano dopo pochi di questi incompleti tentativi:

altre donne mestruano per un po' di tempo, a lunghissimi intervalli, e la mestruazione cessa prima che si venga a più gravi conseguenze. Naturalmente alla ritenzione di sangue, può associarsi anche ritenzione del secreto della mucosa: tuttavia pare che una ritenzione di secrezione non commista a sangue mestruo sia un fatto eccezionale. Si verificò stasi della secrezione mucosa prima della pubertà in un caso di Godefroy (1), concernente una bambina di due mesi, in due casi di Breisky (2) ed in uno di Gervis, (3) provenienti pure dai primi anni di vita.

È raro che aumentando continuamente i disturbi si arrivi ad una catastrofe, per la rottura del sacco disteso dal sangue mestruale ritenuto. La rottura può portare allo svuotamento del contenuto verso l'esterno: si rompe il punto atresico ed il sangue fuoriesce dalla vulva; e questa naturalmente è la soluzione più favorevole: oppure il sacco si apre immediatamente nell'intestino, nella vescica, per necrosi della parete di divisione fortemente distesa e compressa; od anche il contenuto si versa prima e si infiltra nei tessuti vicini e trova poi nei detti punti la strada di uscita, o si fa strada, come fu descritto in un caso, attraverso le parti molli alle natiche (4).

Più sfavorevoli sono i casi in cui la rottura si fa nel peritoneo, e il contenuto si riversa nella cavità peritoneale. Del resto, il peritoneo può tollerare e riassorbire le masse di sangue, nel qual caso si ha guarigione; oppure prima della rottura si erano stabilite aderenze della superficie del sacco cogli organi vicini, in modo che il versamento resta incapsulato. Si è constatato che questi casi hanno decorso meno favorevole (5); l'incertezza della diagnosi, il grave stato di collasso in cui si trova la paziente, e le sfavorevoli circostanze esterne contribuiscono a distogliere da ogni tentativo di operazione.

Oltre alla rottura, può aversi nei sacchi da ritenzione anche decomposizione del contenuto, sebbene sia difficile a spiegarsi in qual modo dei germi possano farsi strada nel liquido che non ha comunicazione coll'esterno. Decomponendosi il contenuto, aumentano naturalmente i pericoli. Altre volte il contenuto si modifica in modo apparentemente benigno per precipitazione dei componenti solidi; cosicchè da un ematometra ha origine un idrometra.

Se il canal genitale è nel resto ben sviluppato, e se ci soccorrono le notizie anamnestiche, la diagnosi delle atresie congenite non può offrire grande difficoltà. La mancanza della mestruazione in soggetti per lo più giovani, i dolori che si ripetono periodicamente, il reperto di

(1) Gazette des Hôpitaux 142. 1856.
(2) Arch. f. Gynaek. II. p. 92.
(3) London obst. Transactions V. 284.
(4) Graf; in Virchow's Archiv. 19 p. 548.
(5) Così nel caso di Jaquet, Zeitsch. f. Geb. u. Frauenkr. p. 130.

una massa a forma sferica, sentita sia dal retto e dalla vescica, sia, in casi di atresia alta, tra la vagina e la mano poggiante all'esterno, sono dati che difficilmente vengono offerti da altre forme morbose, specialmente se non si può constatare un normale sviluppo degli organi genitali.

Anche se l'atresia è acquisita, l'anamnesi ci guiderà alla giusta interpretazione, mettendo in luce la precedenza di parti laboriosi, o di malattie genitali, o di operazioni ginecologiche. L' atresia imenale congenita, d'onde l'ematocolpo, la riscontrai sei volte; una di queste in una

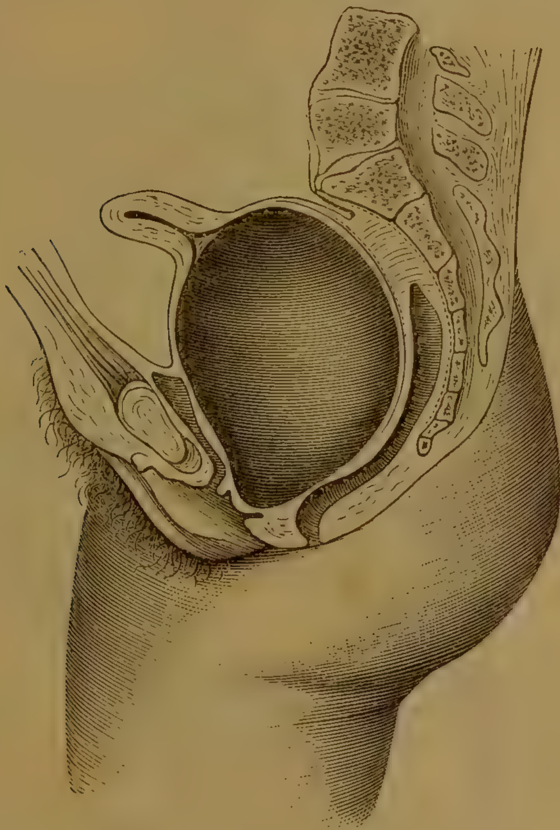


Fig. 28. — Ematocolpo congenito.

ragazza quindicenne, ben sviluppata, che negli ultimi sei mesi aveva avuto quattro volte disturbi accennanti alla mestruazione, senza scolo di sangue (fig. 28). La seconda volta in una robusta ragazza di 19 anni, le cui sofferenze datavano da circa un anno. La terza era dell'età di 16 anni e soffriva da 5 mesi; la quarta aveva 15 anni e mezzo e da tre mesi aveva accusate le prime sofferenze. La quinta volta si trattava di una fanciulla di 17 anni ben sviluppata, che dal 15.° anno accusava i primi disturbi, ripetutisi per un anno e mezzo sotto forma di accessi di tre in tre settimane, e negli ultimi tempi sotto forma di dolori continui. Analogo decorso aveva avuto il male nella 6.ª. In tutte si rilevò una

grande sacca nel piccolo bacino, sacca che arrivava in alto fino al grande bacino, e lasciava qui percepire un'appendice rispondente press'a poco ad un utero virgineo. Il sacco si era spinto nell'ostio vaginale, cacciando davanti a sè il setto imenale, che appariva di color rosso pavonazzo.

Le atresie acquisite si sviluppano per lo più gradatamente in seguito ad un processo di ristringimento del canale; anzi, in confronto delle stenosi di alto grado le vere atresie sono piuttosto rare. Vi appartengono quasi tutti i casi osservati in gravide e partorienti, nella narrazione dei quali è quasi sempre riferito che scolava o trapelava li-

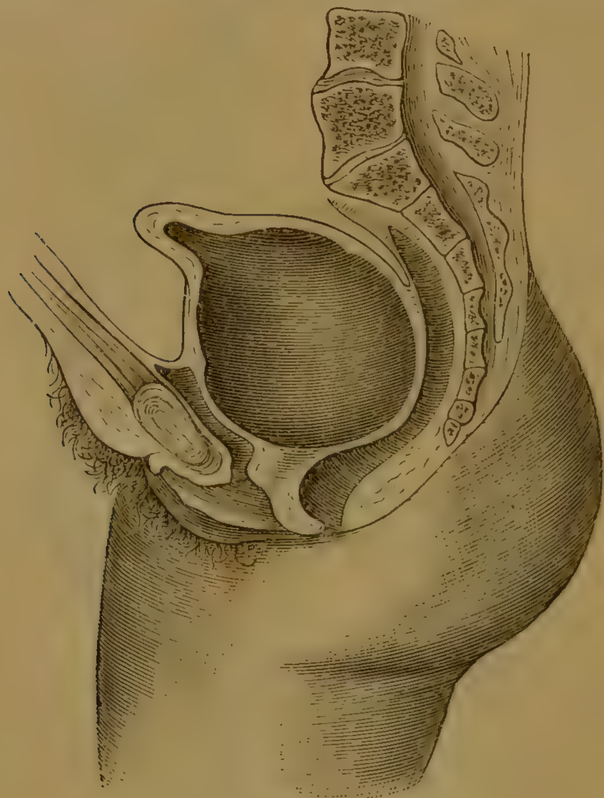


Fig. 29. — Ematometra ed ematocolpo congenito.

quido amniotico, mentre non si poteva constatare un'apertura. Simili stenosi, e le atresie che ne conseguono, furono osservate in seguito a tifo, scarlattina, colera, difterite, sifilide, o in caso di neoplasmi. Rari sono i casi di atresia in seguito ad una infiammazione giudicata puramente catarrale. Più di frequente sono conseguenza di traumi nel parto, con distruzione del collo e dei fornici. Finalmente si formano atresie in seguito ad atti operativi, specialmente quando non si possono o non si vogliono rivestire di mucosa le parti cruentate, o in seguito a cauterizzazioni. In base a questa eziologia l'atresia acquisita sarà più frequente alla parte alta della vagina, ai fornici, al collo: solo eccezionalmente si svilupperà nelle parti profonde del collo, all'orificio interno.

Quando manca od è chiuso il tratto inferiore della vagina (fig. 29), l'utero o non si distende affatto, o, se si distende, è solo più tardi per la pressione del sangue rattenuto: ed appare come un tumoretto solido, od appendice, talvolta straordinariamente mobile, alla superficie del tumore. Questo dal piccolo bacino si spinge con larga base nella cavità addominale, sta sulla linea mediana, comportandosi riguardo alle pareti addominali come un tumore degli annessi uterini: ha superficie liscia,

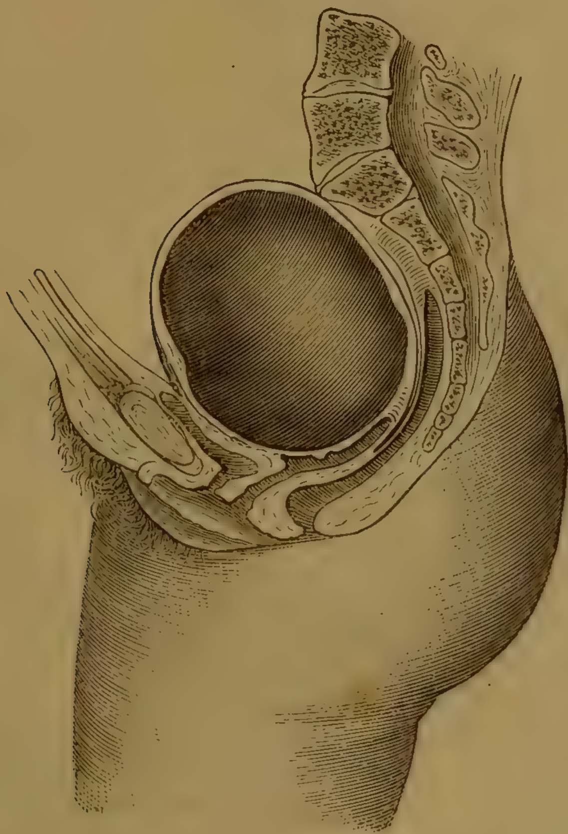


Fig. 30. — Ematometra.

e consistenza elastica. Al suo polo superiore si sente l'accennata appendice.

Nell'ematometra, o ritenzione di sangue per un'atresia sita nell'utero stesso, l'utero, se la stenosi affetta l'orificio esterno, si distende prima a forma di violino, poi in forma sferica (fig. 30). I casi di atresia uterina che io ho visti nella mia pratica erano tutti acquisiti. In un caso il collo dell'utero era stato distrutto durante un tifo grave. Negli altri l'atresia si era sviluppata in seguito ad escisione alta del collo senza sutura della mucosa; al disopra del collo retratto per cicatrice, si sentiva il corpo tondeggiante, del volume di una piccola mela.

In un terzo caso la giovane, di 21 anni, era prima regolarmente mestruata, sebbene alquanto scarsamente, in rapporto collo scarso svi-

luppo della sua muscolatura, e colla debole costituzione. Maritata da un anno, aveva visto in questo tempo la mestruazione farsi sempre più scarsa, e infine cessare del tutto, tantochè si credette ad una gravidanza. Ma i dolori violenti spinsero la paziente a farsi visitare dal medico. Si constatò che il bacino era occupato da un tumore con polo in-



Fig. 31. — Ematometra acquisito. *a*, prima dell'operazione. *b*, cercine di contrazione. *c*, orifizio interno. *α*, dopo l'operazione. *β*, orificio interno.

feriore tondeggiante, che occludeva la vagina, arrivando fin dietro l'ostio vaginale. Il tumore arrivava fino al bellico, sormontato qui da un prolungamento, quasi un ispessimento della sua parete (fig. 31). In basso terminava con una larga massa che occupava tutto l'ingresso del bacino. Avanti e dietro il tumore si trovavano la vescica ed il retto for-

temente compressi. Sulla parte di tumore visibile dalla vagina si cercò invano una apertura. Praticai una incisione attraverso al fornice dando esito ad una gran quantità di contenuto denso piceo. L'esplorazione nell'interno della cavità lasciò subito rilevare una specie di cercine di contrazione. Il segmento inferiore dell'utero ed il collo si atteggiarono a sacco con pareti flosce e pieghettate. Si fece, con buon esito, la sutura della mucosa del collo con quella della vagina, rivestendone la porzione vaginale che andò rapidamente delineandosi. Entro 6 settimane il corpo dell'utero si era ben ridotto; il collo appariva ancora un po' grosso, ma la portio vaginalis e l'orificio esterno avevano riacquistato una normale configurazione. Con ripetute cauterizzazioni alla tintura di iodio si fece cessare la secrezione che continuava abbondante dalla mucosa cervicale

Se lo stravaso sanguigno si verifica nelle tube, ematosalpinge, dà origine a quei sacchi, avvolti a spirale in modo caratteristico, come si trovano per l'ectasia delle tube dovuta a qualsiasi altro contenuto; perciò dell'importanza di questo ematosalpinge da atresia parleremo in occasione delle malattie delle tube.

È naturale che non sempre si possano avere dati anamnestici precisi, o che una malattia degli organi vicini possa difficoltare assai la palpazione del sacco cistico; e questo accadrà specialmente se il tumore da ritenzione si è rotto, perchè in tal caso i suoi confini si fanno molto indistinti. Ma un'altra difficoltà si aggiunge appunto in queste forme di atresia: se una minaccia di rottura è imminente, bisognerà guardarsi da una palpazione troppo profonda ed energica che potrebbe accelerarla.

Simile sgraziato accidente ci occorre pur troppo assai facilmente durante l'esame, quando si tenti di stabilire colla desiderabile chiarezza la diagnosi, prima di procedere ad una cura operativa. In tali casi ci gioverà assai la diagnosi differenziale per esclusione; ma più di tutto l'esplorazione combinata con una mano all'esterno e il dito esploratore dell'altra in vagina, nel retto od anche in vescica. La diagnosi incontrerà speciali difficoltà se l'atresia ha sede all'orificio interno dell'utero o la cisti da ritenzione simula una gravidanza od un tumore. Nel primo caso indagheremo il modo di crescere, la consistenza, o i segni fetali; dal secondo errore ci preserverà la mancanza della perdita sanguigna.

La prognosi dipende tutta dalla scoprire il male in tempo opportuno, e dall'ovviare in modo conveniente all'atresia.

Appena l'atresia porta alla ritenzione di secreto, l'unica misura terapeutica da attuarsi consiste nel ristabilire la pervietà del canale. Finora si è sempre avuto una gran paura delle incisioni nelle atresie, e si conoscono infatti numerosi casi terminati coll'esito letale o subito dopo l'apertura, o nell'ulteriore decorso. La causa dell'infelice successo si è voluto cercarla ora nell'ingresso d'aria nella cavità e nei vasi beanti, ora in lacerazioni che per lo svuotamento del sacco si determinano nei

tessuti vicini ad esso legati da aderenze. Così si conoscono dei casi in cui nello svuotare il sacco risultante dalla vagina e dall'utero, si ruppe una cisti sanguigna della tube, che non era comunicante colla prima, e per questa rottura si ebbe stravaso di sangue nel peritoneo e morte. Io non posso però escludere affatto il dubbio che in molti di questi casi una infezione settica non abbia rappresentato una gran parte nell'esito funesto, e che, troppo preoccupato da tali timori, l'operatore non abbia praticato una apertura sufficientemente ampia ed uno svuotamento completo.

Nei casi da me operati un simile pericolo non si palesò: però io ho sempre praticato le incisioni, almeno nell'ultimo decennio, sotto l'irrigazione continua, ed hò fatto incisioni estese in modo da svuotare completamente il sangue ritenuto, e da prevenire forse in questo modo tanto l'ingresso dell'aria, quanto l'infezione.

L'apertura delle atresie imenali si ottiene ottimamente con una incisione fra le piccole labbra: è indifferente se l'incisione è fatta in direzione longitudinale, o trasversale, o a forma di H. Superfluo il dire che conviene astenersi da ogni pressione sul tumore. Lo svuotamento completo della cisti non mi pare offra notevoli difficoltà, nemmeno se si ha motivo a sospettare l'esistenza di altri spazii sanguigni al disopra di quello primitivamente aperto. Io uso svuotare subito e completamente i sacchi, e disinfettarne poi minuziosamente le cavità coll'irrigazione.

Se il sacco è profondo e non è facile accedervi nè dalla vagina, nè dall'intestino, nè dalla vescica, si trovano proposte dai varii autori tutte e tre queste vie per aprirlo.

L'apertura dall'intestino a mezzo di un trequarti è certamente il metodo più infelice, perchè ad onta di tutte le cautele non è possibile guarentirsi in modo assoluto da una penetrazione di gaz dall'intestino nella cavità.

L'apertura dalla vescica (1), previa dilatazione dell'uretra, è da considerarsi solo come un espediente di necessità. La via più opportuna, specialmente se collo e corpo si trovano situati press'a poco in linea retta, è quella della vagina (2), e dell'apertura vulvare. Non sempre questa via si può rintracciare facilmente, perchè, come accadde anche a me, il setto può avere uno spessore straordinario. Nel caso di atresia consecutiva a tifo, lo spessore del setto era di circa 7 cent. Io ho spaccato il setto prima in senso trasversale, per non cadere in vescica o nel retto con un taglio verticale. L'emorragia dalle superfici di sezione, l'angustia e profondità del canale così aperto rendono difficile il progredire, tanto più che, per riguardo alla raccolta sanguigna, bisogna

(1) Simon. Berl. Klin. Wochenschrift 1875 n 20.
(2) Amussat. Obs. sur une opération de vagin artificiel 1835. Parigi.

evitare di spingere dall'alto in basso il tumore. In tali casi si consiglia di procedere con istrumenti smussi, pinzette, manico del bistorì, dita, e scavarsi così una via nel setto: io ho perforato quanto rimaneva di tessuto ora col trequarti, ora col coltello, ora colla sonda, per dilatare poi gradatamente la fatta apertura fino al grado necessario.

Per l'ulteriore decorso è molto importante pensare alla straordinaria retrazione cicatriziale, che suole prodursi in queste parti. Già dopo poche settimane la cicatrice può condurre ad una nuova atresia. È perciò che io unisco subito a mezzo di punti di sutura la mucosa delle cavità colla cute esterna, o coi punti più vicini di mucosa sana, prevenendo così la possibilità di una nuova atresia.

Se l'atresia ha sede molto alta, io metto prima un tubo da drenaggio, e quando la paziente si è ristabilita, pratico la sutura della mucosa della cavità colla mucosa vaginale, escidendo se occorre anche l'intera cicatrice. Nonostante questo procedimento, nel caso di tifo si riprodusse la retrazione cicatriziale. La cicatrice in seguito a ripetuto sondaggio ed a dilatazione si mantenne per un certo tempo ampiamente aperta. Ma quando, iniziata una gravidanza, si dovette desistere da ogni manovra di dilatazione, la cicatrice si ridusse a così alto grado di stenosi, da render poi necessaria una estesa discissione, perchè si potesse compiere il parto di un feto a termine.

Nel mio ultimo caso di ematometra acquisito ho praticato subito la sutura, e la guarigione seguì senza incidenti.

Nella cura consecutiva a queste operazioni sono molto a raccomandarsi le continue disinfezioni, ed eventualmente anche l'uso di irrigazioni calde per facilitare l'involuzione della cavità.

Per prevenire la retrazione cicatriziale Heppner propose di suturare fra loro i lembi dell' incisione ad H. — B. Credè ha eseguito il trapiantamento di un lembo cutaneo (Arch. f. Gynaek. 1884, XXII, p. 229). Certo ha ragione Breisky di affermare (Malattie della vagina. Billroth e Lücke 1886, p. 49) che una dilatazione periodica riesce ottimamente a impedire la stenosi.

Una estesa comunicazione sulle mie osservazioni in proposito sta preparandola il Dott. Kiderlen.

2. — Atrofia dell' utero.

Allo studio dei difetti di sviluppo del canal genitale in genere faccio seguire una breve descrizione di una forma speciale, l'atrofia dell'utero. Vi comprendo i casi in cui lo sviluppo dell'utero in massa è rimasto incompleto, essendone perfettamente normale la forma; ed i casi in cui l'utero durante la vita feconda si fa atrofico, sia in seguito ad un processo morboso, sia senza di questo.

A. Nelle così dette atrofie congenite l'utero o mantiene la forma e il volume dell'utero infantile (fig. 32 e 33) o lo si trova, in proporzioni ridotte, nella forma che ha agli inizii della pubertà.

L'atrofia non dà sintomi fino alla comparsa della pubertà; ed anche dopo, molte delle donne che ne sono affette, e non sono così rare come si crede, rimangono libere da ogni disturbo. Nel loro aspetto esterno hanno un tipo femminile a volte molto marcato. In numerosi casi io ho visto di tali donne, che all'età di 30-40 anni godevano perfetta salute,

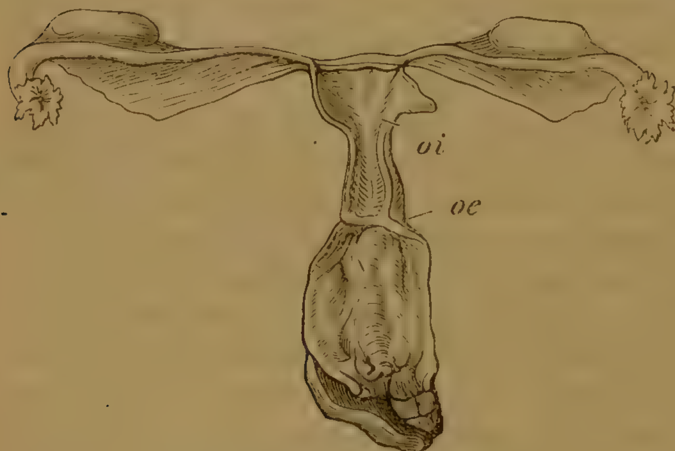


Fig. 32. — Atrofia dell'utero secondo Virchow. *oi*, orificio interno. *oe*, orificio esterno.



Fig. 33. — Utero infantile.

e felicemente maritate non si lamentavano d'altro che della mancanza o irregolarità delle mestruazioni, e della sterilità.

Queste donne sono spesso disposte alla polisarcia; altre conservano le forme dell'adolescenza fino all'età matura. Nell'utero così conformato è quasi sempre caratteristico il sintomo funzionale del suo sviluppo, la mestruazione. Le une presentano a lunghi intervalli, dipendenti dalle condizioni di clima e di nutrizione o dal genere di vita, il così detto molimen mestruo che dura per uno o più giorni, e scompare poi senza alcun scolo di sangue. Sotto questo nome di molimen si comprendono dolori colici al basso ventre, specialmente ai lati, con aumentata secrezione, compressione sulla vescica e sul retto, spiccato nervosismo, e spesso anche aumentata eccitabilità sessuale. Talora, in luogo di questo molimen più o meno localizzato al basso ventre, si manifestano disturbi d'altro genere, specialmente da parte dello stomaco, od in forma di forti dolori sacrali, di emicrania, di dolori reumatici. Altre volte vengono in scena forti epistassi, perdite sanguigne emorroidali, ematemesi, ingorgo delle vene varicose alle estremità inferiori. Altre donne accusano in questo periodo senso di vampa e sudori e simili incomodi.

In questo modo le donne affette da atrofia dei genitali possono passare lunghi anni senza che i loro incomodi raggiungano un grado ec-

cessivo, chè anzi a poco a poco questi svaniscono per lo stabilirsi di una precoce senilità. Altre sono di tempo in tempo colpite da metrorragie atipiche, talora con intervallo di anni, talora ripetentisi nella primavera, nell'autunno.

In altre io ho potuto osservare perdite più frequenti ed anche molto abbondanti. Più volte accadde che tali metrorragie venissero prese per aborti; è in seguito ad esse che le povere donne ricorrono al consiglio medico.

Sono numerose le difficoltà che si incontrano nello stabilire il reperto di utero atrofico; già vi è difficoltà all'esplorazione per l'esagerata sensibilità, od esistono pareti addominali assai ricche di adipe, vagina molto stretta e notevolmente allungata; si aggiunga che queste donne vanno soggette ad ostinata stitichezza, e la distensione dell'intestino ostacola l'esame. In questi casi torna quindi spesso necessario completare l'esame nella narcosi. All'estremità di una vagina difficilmente permeabile si trova un rilievo a forma mammellonare, con una piccola apertura, e sopra questo rilievo un nodo carnoso, che, approfondato nell'escavazione sacrale, solo a stento può essere ben percepito all'esplorazione combinata. Il corpo dell'utero piccolissimo, lungo circa un centimetro, si sente continuarsi con un collo sottile e lungo fino a tre centimetri, formando con esso un angolo molto spiccato aperto ora all'avanti, ora all'indietro. Altre volte il corpo ha la forma che ha nell'utero pubere, ma è situato in latero o in retroversione e si continua con un collo relativamente piccolo.

Stabiliti questi dati coll'esplorazione vaginale o rettale, torna molto utile l'uso della sonda per misurare la lunghezza del corpo e del collo. Di regola il cateterismo in questa speciale conformazione dell'utero non offre alcuna difficoltà, quando si abbia l'avvertenza di stabilire prima la direzione in cui si deve spingere la sonda. Le pareti uterine, ora molli e flosce, sono in alcuni casi di notevole durezza e rigidità.

La diagnosi di atrofia dell'utero basa essenzialmente sull'esplorazione combinata: questa incontra, come vedemmo, non indifferenti difficoltà nell'esagerata sensibilità, nell'accumulo di adipe alle pareti addominali, nell'angustia della vagina. Siccome d'altra parte queste donne si rivolgono al medico perchè impressionate dalle emorragie o dai vivi ed acuti dolori, chi pratica l'esame difficilmente è libero da preconcetti, e si aspetta di trovarsi davanti ad un aborto o ad una infiammazione acuta con formazione di essudati. Più volte ebbi a visitare e curare delle signore la cui malattia, in seguito a tali preconcetti, era stato l'oggetto dei più disparati pareri da parte dei diversi medici curanti.

Nei trattati la prognosi di questa modalità di difettoso sviluppo dell'utero è presentata come piuttosto cattiva; io riconosco che essa migliora assai, purchè la donna si assoggetti alla cura in età relativa-

mente giovane, ed abbia la necessaria pazienza per tollerare un trattamento spesso incomodo e faticoso, e purchè le sue condizioni ed il genere di vita le permettano di sottostare alla lunga cura.

Se queste condizioni si verificano, se cioè la donna è piuttosto giovane, ed in condizioni favorevoli, si ottiene in un discreto numero di casi, non solo reale miglioramento dei disturbi, ma anche sviluppo dell'utero, e in due casi, anzi, io vidi sopravvenire la gravidanza e protrarsi fino al termine normale.

Terapia. — Prima di tutto è indispensabile stabilire coll'esplorazione lo stato esatto delle cose; una cura efficace si può attuare solo se la paziente si presta ad un esame completo, punto questo su cui, come è noto, si incontrano spesso nella pratica grandi difficoltà. Appena una paziente accusa disturbi del genere degli accennati nell'epoca dello sviluppo, e specialmente la mancata comparsa della mestruazione non imputabile ad altre cause; o quando una cura opportuna, basata su altre indicazioni, non dà alcun risultato entro un anno di tempo, io uso rifiutare di assumermi una cura ulteriore, se prima non mi viene concesso di procedere all'esplorazione digitale. Se si trova allora l'una o l'altra forma di atrofia dell'utero, io raccomando vivamente di non differire la cura locale; si intende che con questa deve procedere di pari passo la cura generale. Per cura generale io non intendo tanto l'amministrare i ferruginosi, quanto il rafforzare in ogni modo il corpo e favorirne lo sviluppo.

Se si tratta di ragazze, faccio sospendere pel momento ogni applicazione scolastica, ogni occupazione sedentaria, suggerisco la vita all'aperto, il moto, l'equitazione, il pattinaggio, i bagni frequenti. Mi preoccupo anche a che la digestione sia regolare e il vitto nutriente, dando la preferenza alla birra, al latte, alla carne in tutte le forme. Localmente si comincia con semplici iniezioni vaginali tiepide, sotto modica pressione, ed eventualmente con semicupii coll'aggiunta di acque saline. Se è possibile, consiglio il mare o la montagna, purchè in luogo si possa continuare l'opportuna cura.

Se all'anomalia di sviluppo si accompagna il ricco deposito di adipe, è contro di questo che devono essere diretti i primi passi della terapia. Qui trovano la loro indicazione le acque di Marienbad e di Kissingen, che non di rado esercitano una buona influenza anche sulla mestruazione; negli ultimi tempi ho trovato vantaggiosissima la cura della polisarcia istituita rigorosamente secondo i precetti di Oertel.

Tale cura va continuata per anni, variandola di tempo in tempo con stazioni alle acque ferruginose, o al mare; solo in caso di insuccesso procedo ad una cura locale. Se l'età della paziente è già avanzata, la cura locale deve subito essere associata ai precetti d'indole generale: se si tratta di ragazze, la cura locale si deve intraprendere solo quando l'atrofia dell'utero sia congiunta con gravi disturbi generali.

Colla cura locale dobbiamo prima di tutto proporci di aumentare l'afflusso di sangue all'utero, e favorire lo sviluppo delle sue tonache muscolare e mucosa. Scopo questo che spesso si raggiunge colle scarificazioni sul collo, fatte prima giornalmente, poi ad intervalli variabili. Io faccio uso dei noti scarificatori di Mayer (fig. 34), coi quali scalfisco la mucosa delle labbra del collo partendo dall'orificio uterino, in varie direzioni. Nei primi tempi l'emorragia è scarsa; e per aumentarla io consiglio alle pazienti di non porsi a riposo subito dopo le scarificazioni, ma di passeggiare per un quarto d'ora o per una mezz'ora. Mano mano l'emorragia si fa più rilevante anche colle scarificazioni più superficiali; allora diventa necessario che le pazienti riposino un'ora o due dopo le scarificazioni; e in caso di perdita troppo abbondante, si ordineranno irrigazioni vaginali con acido pirolegnoso in soluzione concentrata.

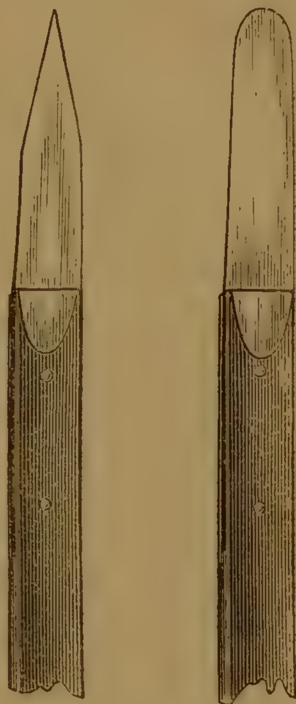


Fig. 34. — Scarificatori di C. Mayer.

Quando le emorragie si fanno abbondanti, lascio fra le scarificazioni un intervallo prima di due o tre giorni, poi di una settimana. Frattanto, per eccitare anche la mucosa del corpo pratico frequentemente il cateterismo dell'utero.

Sotto questa cura, accompagnata da semicupi con decozione di crusca o con acqua salata, l'utero e gli organi tutti del bacino si fanno meno sensibili; e dopo circa 6 ad 8 settimane dall'inizio della cura, si può già pensare a stabilire una eccitazione diretta e continua sull'utero, a mezzo di un pessario intrauterino. Questo pessario esercita spesso una intensa eccitazione sulle pareti uterine; e sotto la sua influenza non è raro che l'utero si rigonfi notevolmente senza che però vi si accompagni sempre aumento della sensibilità e dei disturbi esistenti. Questa tumefazione molte volte permane al di là del tempo in cui sta applicato il pessario, e ne ho visto derivare in processo di tempo un forte sviluppo della muscolatura e della mucosa uterina. Il materiale di cui è composto il pessario è l'avorio, od un accoppiamento di due metalli, lo zinco ed il rame, quale fu usato su grande scala anche da mio padre. Io ammetto che tali pessarii a due metalli esercitino una irritazione speciale ed energica sulla mucosa uterina; se infatti sono portati per un certo tempo, la lamina di zinco non appare più liscia alla superficie, ma come corrosa;

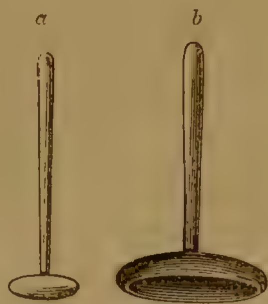


Fig. 35. — Pessario intrauterino, e suo sostegno.

anzi dietro il lungo uso l'ho vista scomparire del tutto. Comunque si voglia interpretare il processo chimico di questa modificazione, non si può negare che questo processo deve esercitare la sua azione anche sui tessuti che attorniano il pessario, e la mia esperienza mi prova che questa azione merita di esser tenuta in conto nello scopo che noi ci prefiggiamo. Lo spessore e la lunghezza del pessario sono condizionati al lume ed alla lunghezza dell'utero: il pessario deve essere circa di $^1/_2$ centimetro più breve dell'utero stesso.

Nell' introduzione del pessario si incontrano rilevanti difficoltà per l'angustia delle parti, per la lunghezza della vagina, e per l'impossibilità di fissare a dovere il piccolo utero. Con un po' di esercizio e di pazienza tuttavia si riesce. Il mio modo di procedere è di regola il seguente: sempre supposto che l'utero e i tessuti vicini siano stati resi insensibili all'introduzione della sonda, io introduco questa, e col suo mezzo avvicino per quanto è possibile l'utero all'ostio vaginale, e lo fisso qui colla mano destra che tiene la sonda. Allora, fissando il pessario col pollice della mano sinistra al dito indice, lo faccio scorrere lungo la sonda fino all'orificio esterno dell'utero, e, una volta che l'estremità ne è penetrata nell'orificio uterino, lo spingo sempre più nella vagina finchè il bottone ha oltrepassato l'ostio, nel mentre che la sonda lascia risalire l'utero. Allora si ritira la sonda, e per pressione dell'indice sinistro sul bottone del pessario, lo si fa procedere nella cavità uterina. Spesso si ha la sensazione come se la cavità uterina assorbisse per così dire il pessario; in altri casi questo penetra facilmente fino all'orificio interno, ma sembra quasi impossibile il suo passaggio nel corpo. L' ostacolo a questo livello può esser dato da stenosi dell'orificio uterino; allora si sceglierà un pessario più sottile. Oppure è l'inflessione del corpo sul collo che ostacola l'ulteriore introduzione. In questi casi il corpo verrà sollevato agendo attraverso al fornice anteriore se l'utero è in antiflessione, o al posteriore, se in retroflessione, sinchè il corpo formi col collo press'a poco una linea retta; allora l'introduzione riuscirà assai agevole. Con un po' di esercizio, e fatti gli opportuni preparativi, l' applicazione del pessario si compie senza ferite della mucosa, e senza emorragia, sebbene anche questa non avrebbe in sè nulla di grave, purchè non esistano secreti decomposti o si faccia uso di un pessario sporco. In caso di bisogno si può facilitare d'assai colla cloronarcosi la piccola operazione.

Il pessario per lo più vien lasciato in posto senz'altro appoggio; il bottone riposa sulla parete vaginale e da questa vien mantenuto fisso contro le labbra del collo. Se invece scivola fuori, lo si dovrà fissare, ed a ciò serve benissimo il secondo istrumento (fig. 35 *b*). La piastra larga è destinata a sostenere il pessario intrauterino: il peduncolo deve sporgere dalla rima vulvare. Si prende l'istrumento in modo che la piastra sia posta di coltello contro l'introito della vagina, mentre il peduncolo è

diretto lateralmente: spinta allora la piastra in vagina, la si colloca trasversalmente, press'a poco all'altezza dei fornici: l'estremità del peduncolo che sporge ancora dall'ostio vaginale impedisce lo spostarsi della piastra. Su questa poggia e si muove liberamente il bottone del pessario intrauterino.

Per alquanti giorni dopo l'introduzione del pessario la paziente dovrà restare in quiete senza che sia necessario il riposo a letto. Poi, constatato che l'utero e i tessuti vicini non dànno segno di risentimento, si può permettere alla donna di attendere alle sue faccende domestiche, od anche di allontanarsi per far ritorno alla propria casa; e si mettono in opera tutti i mezzi che abbiamo indicati per rialzare le condizioni generali della donna. All'applicazione del pessario ho sempre visto conseguire emorragie periodiche, anzi in più della metà dei casi le mestruazioni abbondanti portarono un vero sollievo alla donna. Dopo tre o quattro mesi, rimovendo il pessario, ho trovato l'utero in ottime condizioni in un quarto dei casi; anzi molte di queste donne furono poi gravide e partorirono a termine. In altre ammalate l'utero apparve al momento in buone condizioni: scomparve il limitato arrossamento che circondava l'orificio uterino dopo la rimozione del pessario; le mestruazioni durarono regolari per un certo tempo, ma dopo sei mesi o giù di lì si fecero di nuovo irregolari. Rinnovando allora la cura col pessario, ne ricavai miglioramento duraturo, almeno per lungo tempo, mentre l'utero rimase mediocremente sviluppato. In altri casi il risultato fu meno completo, si trattava specialmente di donne al di là dei 25 anni. Ne ottennero bensì sollievo finchè il pessario fu in posto, e sotto la influenza della cura guadagnarono positivamente nello sviluppo dell'utero: ma non si ebbe ristabilita la mestruazione, sicchè la guarigione non fu in questi casi completa. Sottoponendosi però ad un opportuno regime generale, e rinnovando di tempo in tempo la cura locale, queste donne giunsero ad un grado soddisfacente di benessere.

I casi di atrofia talvolta si complicano anche per l'associazione di catarro della vagina o dell'utero, e specialmente per stati infiammatorii del perimetrio. Allora la cura locale deve lottare contro molte difficoltà.

Le prime attenzioni devono essere rivolte alla cura di queste infiammazioni: prescindendo dalla cura generale cui ho già accennato, si potrà venire ad una terapia locale solo quando i catarri e i residui di peri e parametrite siano interamente guariti. Insisto anzi caldamente su questo punto: non si faccia mai alcuna terapia locale, se non in casi di estrema urgenza, finchè vi hanno traccie di questi processi. Parlando di indicazioni, di urgenza io intendo specialmente accennare ai disturbi gastrici, alle cefalee, ai dolori sacrali che rendono impossibile la deambulazione. Se gli altri mezzi non bastano, o questi disturbi mettono la paziente in uno stato intollerabile, allora solo credo si possa tentare, come ho fatto,

di attutire la sensibilità dell'utero coll'introdurvi cilindretti di solfato di zinco e morfina e coll'uso contemporaneo di supposte narcotiche, per rendere poi possibile l'applicazione del pessario intrauterino. In varii casi mi riuscì così di rendere insensibile l'utero, e di alleviare di molto i disturbi delle pazienti coll'uso del pessario intrauterino. In altri casi si manifestò una reazione così violenta nei vecchi focolai infiammatorii circostanti, da obbligarmi a desistere subito da ogni tentativo, ed anche dall'uso delle scarificazioni.

In genere però la forma qui accennata di atrofia si incontra tanto di rado, che p. es. negli ultimi due anni una sol volta ebbi occasione di doverla curare coll'applicazione di un pessario intrauterino.

B. L'atrofia dell' utero in puerperio si determina per l'esagerazione dei momenti che danno luogo all'involuzione puerperale, e può produrre notevolissime alterazioni sotto due distinte forme. A volte si determina una estrema rilasciatezza della muscolatura uterina, che cade quasi completamente in preda alla degenerazione adiposa. In questi casi l'utero non appare sempre ridotto nella sua lunghezza, ma piuttosto nella massa: la muscolatura ha subìto la degenerazione adiposa: le pareti perdono la loro tonicità, sicchè si ha pena all'esplorazione a trovare l'utero e a fissarne i confini. Occorrerà una grandissima prudenza, in questi casi, nel tentativo di stabilire colla sonda le dimensioni dell' utero che sfuggono alla palpazione: perchè è appunto in questi casi che viene in scena la perforazione dell'utero, senza che siasi dispiegata alcuna violenza. L'utero per lo più si sente semplicemente diminuito nelle sue proporzioni. È raro che si abbia un' atrofia parziale, limitata al collo o al corpo: di solito il collo è assai sottile, ridotto a dimensioni minime, mentre al di sopra il corpo appare come un piccolo bitorzolo, talvolta rigido, più spesso molle. Un'atrofia di tal genere si incontra di preferenza in donne precocemente invecchiate, assai deperite per malattie di altri organi, specialmente se per allattamento protratto o per mancanza di cure non sono in grado di supplire alla diminuzione delle forze.

L'altra forma di atrofia puerperale porta ad un raggrinzamento dell'utero, che ricorda lo stato che si osserva dopo la menopausa. Troviamo allora l'utero ridotto quasi ad un terzo del suo volume, e più che tutto è notevole l'avanzata atrofia della cervice, che sporge in vagina in forma di un rilievo mammellonare di consistenza rigida. Questa atrofia avanzata l'osservai specialmente durante il puerperio in donne che allattavano, non erano ancora state mestruate, e si erano anche astenute da rapporti sessuali. È una forma che colpisce immediatamente all'esplorazione: si è portati a considerarla come eminentemente patologica, eppure non è in genere che il grado più avanzato della normale involuzione puerperale. Smettendo l'allattamento, colla ricomparsa dei mestrui, e col ristabilirsi di frequenti rapporti sessuali, questa forma scompare, e l'utero ripiglia in breve tempo volume, forma e consistenza normali.

Quest' ultima specie di atrofia non dà indicazione ad alcun intervento terapeutico: nella prima forma invece si dovrà sospendere appena sia possibile l'allattamento, e curare la nutrizione della donna a seconda delle indicazioni fornite dalle lesioni di altri organi. Per quanto concerne le lesioni dell'apparato genitale, ricorreremo ai semicupii e alle iniezioni tiepide. Per lo più però tali pazienti, appartenenti quasi tutte alla clientela policlinica, le vidi alla lunga soccombere per le sfavorevoli condizioni in cui si trovavano, e per malattie di altri organi: e vi contribuisce specialmente il ripetersi di una nuova gravidanza.

C. Un'altra forma di atrofia si svolge sia in seguito a malattie puerperali, quanto, e più spesso, all'infuori del puerperio, come conseguenza di alterata nutrizione dell'utero per retrazioni cicatriziali nel parametrio: di questa parametrite atrofizzante ci occuperemo più estesamente nel capitolo della parametrite.

Una triste influenza nel determinare queste forme di atrofia la esercita anche la persistenza di residui flogistici nella mucosa, nel parenchima o nei tessuti vicini, per lungo tempo dopo trascorso il periodo acuto infiammatorio.

3.° Ipertrofia dell'utero.

Sotto il titolo di ipertrofia dell'utero cadono a rigore solo i casi di proporzionato aumento di tutti i componenti dell'utero, senza intercorrenti stati infiammatorii (1). Tali ipertrofie possono accrescere considerevolmente la massa dell'utero; colpiscono l'organo in massa o solo un segmento: sono tuttavia assai rare le ipertrofie pure nel senso anatomico della parola. L'aumento di volume dell'utero per lo più si fa a spese del connettivo frapposto ai fasci muscolari, con grandissima frequenza sotto l'influenza di stati irritativi infiammatorii. Sottoponendo a rigorosa critica il mio materiale, non potrei indicare un sol caso di vera ipertrofia pura.

Il mutamento di forma causato dalla parziale ipertrofia porta a speciali reperti, come si trovano descritti nella letteratura (2).

Anche in assenza di un processo infiammatorio si stabilisce un quadro analogo a quello che dovremo tratteggiare parlando della metrite e della endometrite; cioè un allungamento del collo, una ipertrofia della porzione vaginale fino al punto che la massa ipertrofica abbia a far sporgenza dall' ostio vaginale. È appunto in questi casi che si arriva a quella deformazione del collo, in cui non solo la porzione sopravaginale, ma

---

(1) Klob. nella sua Anat. d. weibl. Sexualorg. vuole descrivere sotto questo titolo la metrite cronica, ma quasi tutti i ginecologi sono di avviso contrario.

(2) Säxinger. Prag. Vierteliahrschrift, 1886 p. 44. Courty, Mal de l'utérus 1872.

anche la vaginale sono notevolmente allungate, tanto che appare allora giustificata la nota divisione in tre porzioni, secondo la quale fra la sopra e l'intravaginale esisterebbe una porzione media, come è raffigurata nella unita incisione (fig. 36) (1).

I sintomi dell'ipertrofia sono in parte in relazione coll'aumento di peso dell'organo: e consistono allora in un senso di pienezza al basso ventre e di premito molesto. Questa sensazione diventa assai penosa, quando vi si associno compressione e tenesmo della vescica e del retto. Nell'ulteriore decorso del male si aggiungono i sintomi di un prolasso iniziale od anche completo. D'altra parte coll'aumento di volume cammina di pari passo l'aumento della superficie mucosa, d'onde accresciuta secrezione, e spesso anche più abbondanti perdite sanguigne mestruali.

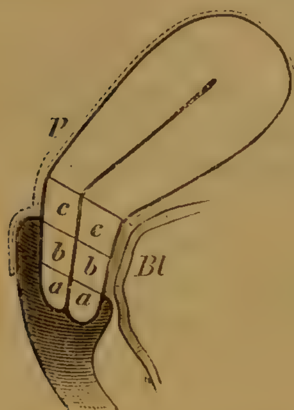


Fig. 36. — Divisione del collo secondo Schröder. *a*, porzione vaginale. *b*, porzione media. *c*, porzione sopra vaginale.

La terapia dovrà tener calcolo di questi speciali disturbi. Il senso di pienezza viene spesso alleviato procurando frequenti evacuazioni intestinali, e con semicupii, con irrigazioni calde, o coll'uso dello speculum perfrigerante (v. fig. 20). Non è infrequente che questa cura faccia in pari tempo cessare l'aumento di secrezione, che eventualmente potrà curarsi coll'uso di tamponi alla glicerina e tannino, di scarificazioni e di mezzi analoghi, in ispecial modo il raschiamento.

Se i disturbi e specialmente quelli dovuti al prolasso persistono, sarà indicata l'amputazione del collo, colle opportune modificazioni nel modo di praticare le incisioni.

2.° Mutamenti di posizione e di forma dell'utero e della vagina.

1. — Inclinazioni e flessioni dell'utero.

Quando verso la metà di questo secolo la ginecologia incominciò ad individualizzarsi quale specialità, una delle prime questioni che si presentarono alla discussione fu, in rapporto coi mezzi di esame che si possedevano, quella dei cambiamenti di posizione e di forma dell'utero. Ottenuta poi colla sonda una essenziale estensione dal campo esplorativo, era ben naturale che a questi mutamenti di forma e posizione dell'utero, reperto frequente fra le più importanti malattie delle donne, si accordasse gran peso, e che fossero tenuti di mira nella cura di quasi tutti i disturbi uterini. E siccome a quest'epoca mancava la cognizione pratica della posizione fisiologica dell'utero, non ci sorprenderà se p. es. si

(1) Schröder. Krankh. der weibl. Geschlechtsorg, p. 76.

riteneva patologica una posizione dell'utero che oggidì noi conosciamo essere affatto fisiologica. Si ammetteva appunto allora che l'utero in condizioni normali si trovasse disposto secondo l'asse del bacino, e perciò diritto, press'a poco nel mezzo del canale pelvico (1). Tale opinione che sembrava avere il suo fondamento anatomico nella nota sezione di Kohlrausch (fig. 4) autorizzava a ritenere ad egual grado patologiche tutte le deviazioni dell'utero, sì all'avanti che all'indietro. Torna certo a merito di B. S. Schultze di Jena l'aver egli dimostrato erronea la base anatomica di questa ipotesi: nella sua prima pubblicazione sulla posizione fisiologica dell'utero si trova il punto di partenza della riforma nella teoria degli spostamenti uterini. Un grandissimo numero delle antiflessioni e delle antiversioni battezzate una volta per patologiche, sono normali e non devono formar oggetto di alcuna cura ortopedica.

Molto si è discusso, e coi più minuti dettagli, sul grado di antiversione e di antiflessione fisiologica. A mio parere ha un'importanza ben subordinata il sapere se l'utero è più o meno portato all'avanti, e il conoscere nei più minuti particolari i rapporti che esso ha colla vescica. Data la straordinaria mobilità dell'utero, si deve concedere una grande latitudine al concetto della sua posizione fisiologica: in questi limiti si comprende il maggior numero delle posizioni in cui può trovarsi l'utero nello stato di salute.

Se il campo degli spostamenti patologici viene così essenzialmente limitato, non è possibile rifiutarsi ad una ulteriore limitazione, che non è altro, io credo, se non la logica conseguenza di un esame esatto degli organi pelvici. Anche in quei trattati in cui le antiflessioni ed antiversioni figurano solo condizionatamente quali fatti patologici, si ricorda sempre che queste antiversioni od antiflessioni hanno un significato patologico, solo quando l'utero è immobilizzato da aderenze peri o parametritiche, e perciò trovasi più o meno rigido in sè, e più o meno fisso rapporto alle pareti pelviche. È mia opinione che questi casi non debbano figurare nel capitolo delle flessioni e delle versioni, ma esclusivamente in quello delle peri e parametriti; in primo luogo perchè i relativi sintomi derivano appunto da questi processi morbosi; in secondo luogo perchè la cura deve dirigersi esclusivamente alla peri o parametrite; ed infine perchè, guarita questa, la posizione dell'utero perde regolarmente quasi ogni importanza.

Dal punto di vista pratico mi pare utilissimo che si cessi una buona volta dal dire: « la tal paziente soffre di un anti o retroflessione con fissazione dell'utero » e che si dica invece: « la paziente ha una peri o parametrite, con stiramento sull'utero anti o retroflesso ». Credo op-

(1) La prima monografia un po' dettagliata sull'argomento fu scritta da E. Martin quando ancora dominavano questi concetti. (Die Neigungen und Beugungen des Uterus, ect. Berlino 1866).

portuno l'insistere su una tale definizione, e consigliare che tutti vi insistano, affinchè il pratico non si lasci sviare ad intraprendere una qualsiasi cura diretta delle deviazioni uterine, finchè persistono la peri o parametrite; perchè sono appunto questi i casi in cui lo specialista che non ebbe educazione clinica, si incaglia coi precetti di terapia ortopedica desunti dai trattati: i casi pei quali all'occhio del medico pratico vien tante volte screditata la terapia ginecologica.

Se lasciamo da banda i casi di peri o parametrite, come quelli che non trovano qui il loro posto opportuno, lo stesso dovremo fare per le deviazioni causate da neoplasmi dell'utero o degli organi vicini. Ciò tanto più, perchè di fronte alla neoformazione lo spostamento non ha che un'importanza subordinata e secondaria.

Al capitolo delle deviazioni uterine spetta dunque oggidì un significato ben diverso d'una volta, ed anche meno importante secondo il mio modo di vedere; limitazione che fu resa necessaria dalle migliorate conoscenze sulla posizione fisiologica, e dalla migliorata tecnica esplorativa. Restano così assegnate al campo patologico solo alcune antiflessioni e versioni, e certe categorie delle retroversioni e flessioni, la cui cura costituirà sempre una parte feconda della terapia ginecologica; perchè io non voglio associarmi all'opinione, diffusa, io credo, di preferenza in Inghilterra, che le deviazioni dell'utero non abbiano mai alcun significato patologico.

Le distinzioni fra flessioni e versioni si ritennero a lungo come assai importanti. Non si vuol negare che una differenza esista tra i casi in cui l'asse longitudinale dell'utero è flesso ad angolo acuto, e quelli in cui è rigidamente retto, in contrasto colla curva dolce normale. In fondo la differenza fra versione e flessione è solo di grado, e viene in scena specialmente quando un utero, fino allora dotato di curva normale, subisce una inflessione per la persistente azione dei momenti patogenetici, e in seguito a ciò si produce stasi nell'utero o negli organi vicini.

I sintomi dipendono in gran parte da accidentali fenomeni irritativi, specialmente da parte della mucosa uterina; guariti questi, per lo più scompaiono anche i sintomi. Ma in altri casi sono in non dubbio rapporto diretto col mutamento di posizione e di forma, ed è specialmente di questi che dobbiamo trattare in questo capitolo. Non si dimentichi però che i fenomeni irritativi possono alterare con notevoli complicazioni il quadro clinico.

La distinzione fra versioni o flessioni, se ha la sua importanza dal punto di vista diagnostico, solo eccezionalmente la mantiene nel campo terapeutico.

Siccome colla diversa eziologia varia il significato delle diverse forme di versioni e di flessioni e ne derivano diverse indicazioni terapeutiche, così credo opportuno stabilire la seguente classificazione:

1.° Forme congenite, o acquisite all'infuori dello stato puerperale.
2.° Forme insorgenti in gravidanza.
3.° Forme che si sviluppano in puerperio.

α) Antiversioni e flessioni.

1.° *Antiversioni ed antiflessioni congenite od acquisite all'infuori dello stato puerperale.*

Essendo nota la normale posizione del corpo dell'utero all'avanti, io ritengo patologica l'antiversione, solo quando il corpo per abnorme mobilità si dispone sulla vescica in modo da non seguire le oscillazioni fisiologiche, determinate specialmente per la via del collo, dallo stato di ripienezza della vescica e del retto. Siano poi normali o estremamente lasse le connessioni fra il collo uterino e la vescica, il corpo si inclina su di questa e ne disturba la regolare distensione.



Fig. 37. — Antiflessione dell'utero.

Nell'antiflessione il corpo cade in basso davanti al collo, insinuandosi fra questo e la vescica nel fornice anteriore (fig. 37): oppure si colloca nell'escavazione vescico-uterina davanti al collo, e al pari di un utero gravido ostacola la regolare distensione della vescica.

Di fronte ai casi relativamente rari in cui questa disposizione dell'utero è congenita, si osservano più di frequente quelli in cui un reperto press'a poco simile si stabilisce come risultato di preceduti processi infiammatorii. Questa forma si distingue di regola per un'insolita rigidità del collo (fig. 38). Intendo parlare di quella forma di antiflessione nella quale assieme all'inflessione del corpo sul collo, si trova uno spiccato allungamento del collo dell'utero nella sua porzione sopravaginale. Si è voluto riconoscervi un'antiflessione congenita con allungamento ipertrofico della porzione sopravaginale. Ma questi casi, io ne sono convinto, non sono da ritenersi congeniti. Poggiandomi alla diuturna osservazione di un numero ingente di casi

simili (1), io li ritengo determinati dall'effetto che il catarro cervicale spiega sui tessuti del collo stesso. Sotto l'influenza di questo catarro, non solo viene in scena la caratteristica configurazione della porzione vaginale, con esito finale di stenosi e di deformità permanente di questa por-



Fig. 38. — Antiflessione dell'utero: allungamento della porzione sopravaginale.

zione, detta da Simpson e Sims muso di tinca, ma si produce anche l'allungamento pure caratteristico della porzione sopravaginale. Spesso il corpo resta lungo tempo senza prender parte alla lesione: dopo che il catarro cervicale durò per anni, e con frequenti recidive, la deformazione defini-

(1) Vedi Rabenau. Berl. klin. Wochenschr. 1882, N. 39.

tiva dell' utero consiste nella presenza di un collo assai lungo, rigido, prevalente, per lo più nella sola lunghezza, raramente anche nello spessore, sul corpo, che rimase immune da infiammazione. I rapporti tra collo e corpo sono come quelli dell'età infantile. È forse questa circostanza che ha contribuito a far ritenere congenito questo mutamento nella forma dell' utero. Del resto si può spesso seguire clinicamente lo svolgersi di questo allungamento della porzione sopravaginale, e della conseguente antiflessione del corpo che rimane piccolo. Si distinguono questi casi in modo speciale anche per ciò che in essi per lo più l' utero si trova in massa trasportato verso la concavità sacrale; il collo si allunga notevolmente in basso ed all'avanti; la porzione media è in apparenza molto ingrandita; il dito può ascendere in alto per lunga estensione nel fornice posteriore lungo il collo, tantochè è facilissimo lo scambio con una retroversione; errore tanto più giustificato, perchè spesso non si riesce coll'esplorazione combinata a sentire il corpo attraverso al fornice anteriore, specialmente se la vescica non fu completamente vuotata. Solo con un accurato esame si riesce in questi casi a riscontrare il corpo dell'utero, che in forma di una piccola appendice trovasi incurvato sulla superficie anteriore del collo ipertrofico; lo si scopre coll' esplorazione combinata, oppure spingendo in alto il dito lungo un lato del collo: si raggiunge allora proprio nel profondo del fornice il punto di passaggio dal collo al corpo. Naturalmente in questi casi colla sonda si può stabilire tanto la lunghezza del collo, quanto il punto di inflessione del corpo: in ispecie chi ha scarso esercizio troverà vantaggioso questo controllo del reperto dato dall'esplorazione combinata.

Chi abbia discreta pratica nell'esplorazione combinata può, senza bisogno della sonda, sentire con sufficiente chiarezza il corpo pendente all'avanti.

L'attendibilità di questa ipotesi sull'insorgenza di tale forma caratteristica (antiflessione con allungamento della porzione sopravaginale), trova secondo me un valido appoggio nell'osservazione che più volte ebbi campo di fare, che cioè anche in donne che avevano partorito una o più volte, sotto l'influenza di un catarro cervicale l'utero, normale dapprima, aveva assunto questa forma. Le traccie delle gravidanze pregresse si dileguano: l'utero rigido con una porzione sopravaginale allungata davanti a cui pende il piccolo corpo, si trova disceso in basso nel bacino. L'orificio esterno si trova angusto quasi quanto in una nullipara che abbia la stessa affezione; e da questo momento la donna è infatti divenuta sterile.

Nelle antiversioni l'utero, per infiammazione cronica del parenchima o della mucosa, può mutarsi in una massa rigida, che pesa sulla vescica e sul retto, e vi induce disturbi funzionali. In altri casi non si incontra alcuna lesione anatomo-patologica, che possa figurare come caratteristica dello spostamento.

Nelle antiflessioni, per l'ostacolato circolo nel punto di inflessione, si hanno stasi nel corpo e nel collo, che si manifestano colla forte imbibizione sierosa del tessuto intermuscolare, colla ripienezza od anche colla lacerazione dei vasi, e colla aumentata secrezione mucosa.

Quando il male dura da qualche anno, o la tumefazione cede, e si ha allora un utero che per spessore e cedevolezza delle pareti si avvicina assai all'utero sano; oppure si stabilisce una esagerata durezza e rigidità di tessuti, per la quale soffre anche la vascolarizzazione del collo, tanto che ad es. colle scarificazioni a stento si ottiene una perdita di sangue proporzionata alla profondità dell'incisione; anche il punto di inflessione si fa atrofico. Non è però sempre la metà anteriore del collo che si trova atrofizzata; l'atrofia può colpire anche la parete posteriore, come lo prova l'interessantissimo preparato di Winckel (1).

I sintomi delle antiversioni e flessioni si appalesano talvolta fin da prima della comparsa della mestruazione, per lo più però dopo di questa. Gli sconcerti vescicali, e specialmente il frequente invito ad urinare, ho potuto, in ragazze non ancora mestruate, riferirli a questi spostamenti uterini, anche se mancava tuttora qualsiasi accenno a comparsa delle mestruazioni. Frequenti volte la prima comparsa delle mestruazioni è preceduta da molestissimo senso di premito e di tenesmo nella vescica e nel retto, molestie che scompaiono coll'avviarsi del flusso mestruo, per ricomparire spesso più intense ad ogni nuova mestruazione, e raggiungere un grado intollerabile, quando si associno lesioni della mucosa e del parenchima. I dolori hanno sede al basso ventre, hanno forma colica, possono continuarsi anche durante la mestruazione, e non sempre svaniscono nella menopausa. Così la disgraziata paziente può soffrire per lunghi anni; si manifestano poi frequentemente dei dolori lancinanti ed irradianti, i fenomeni del catarro vescicale cronico, disturbi gastro-intestinali, cefalee ed analoghe sofferenze. In altri casi, giunta che sia la donna al completo sviluppo, i dolori si riducono al minimo, e possono anche scomparire col matrimonio, specialmente se subentri il concepimento.

Nel caso che la donna rimanga sterile, si va con troppa facilità nell'ascrivere la sterilità all'antiflessione od all'antiversione, mentre non sarebbe fuor di proposito l'attribuirla ad eventuali lesioni della mucosa, o forse anche all'impotenza del marito.

La seconda forma descritta, l'antiflessione con allungamento della porzione sopravaginale, la riscontrai con speciale frequenza nelle donne delle migliori classi sociali. Erano per lo più donne andate a marito in uno stato di salute in apparenza ottimo, che offersero poi senza causa apprezzabile i fenomeni del catarro uterino; venute alla visita

(1) Vedi Atlante, tav. X.

dopo varii anni di sterile matrimonio vi si riscontrava l'allungamento della porzione sopravaginale, con spiccata antiflessione dell'utero in apparenza infantile, cioè con corpo relativamente piccolo inclinato all'avanti sul lungo collo. Dopo di questo il contingente più numeroso lo forniscono le ragazze nubili della classe delle istitutrici, e quelle fanciulle che si guadagnano a fatica una posizione indipendente, come sarte, ballerine, ecc.

In base alle mie osservazioni mi credo autorizzato a ritenere che il maggior numero delle antiflessioni non sia dato da forme congenite, cioè da antiflessioni e versioni idiopatiche, ma sia il risultato di un catarro uterino.

La spiegazione dei disturbi dismenorroici in queste antiflessioni è stata occasione a gravi difficoltà. Si ammetteva un tempo che il secreto mestruale restasse trattenuto nel cavo uterino, e che i dolori corrispondessero alle contrazioni delle pareti dell'utero, che cercavano di effettuare l'espulsione del secreto attraverso al canal cervicale, otturato o ristretto per l'alterazione di forma o di posizione. Io credo infatti che questa spiegazione possa valere per un certo numero di casi, e segnatamente per quelli in cui si trova un ristringimento rigido, per lo più cicatriziale, nel canal cervicale, sia al suo estremo superiore, sia all'inferiore. È però abbastanza frequente trovare gli stessi disturbi, senza traccia alcuna di retrazione cicatriziale, e con un canale il cui lume non è punto ristretto, nemmeno all'orificio interno. Quì certamente i dolori non possono avere una causa come l'accennata: è invece molto più verosimile che siano occasionati dalla tumefazione della mucosa e degli strati muscolari comunque alterati (1).

Ai descritti sintomi della dismenorrea, ed eventualmente della sterilità, si aggiungono frequentissimi quelli degli ostinati catarri uterini. In un altro gruppo i sintomi del catarro cessano collo stabilirsi dell'antiflessione: le pazienti dicono di sentirsi benone, non si lamentano più di nulla, fuorchè di qualche disturbo dismenorroico, e più che d'altro, della loro sterilità. Molte si sottopongono a cura solo quando il catarro ha raggiunto un grado insopportabile, ed è accompagnato da vivi dolori sacrali, sensibilità al basso ventre, dolori ipogastrici, secrezione acre e irritante, sconcerti vescicali, stitichezza, e dalle solite sofferenze da parte dello stomaco e del sistema nervoso.

La diagnosi dell'antiversione e dell'antiflessione riposa quasi esclusivamente sull'esame obbiettivo. È difficile un errore, ed è appena necessario per maggior completezza aggiungere che l'esame deve essere intrapreso dopo un completo svuotamento della vescica e del retto, per procurarsi la possibilità di esaminare tutto l'utero, ricorrendo, ove occorra, anche alla cloronarcosi. Io presuppongo che la causa delle soffe-

(1) Vedi Duncan, l. c. — Vedeler, Arch. f. Gynäk XIX.

renze si cercherà nello spostamento o nel mutamento di forma dell'utero, solo allorquando non si trovino altre lesioni specialmente degli annessi dell'utero. In ogni modo, in caso che tali lesioni esistano, si darà la colpa all'antiversione od alla antiflessione solo in quanto la malattia degli annessi non sia in grado per sè di spiegare i sintomi osservati.

La prognosi di queste forme dipende dai fenomeni che le accompagnano. Riesce per lo più facile di alleviare i disturbi dismenorroici e di mitigare il catarro concomitante; ma una guarigione completa del male non si ha in molti casi, se non si ottiene un perfetto sviluppo o una completa involuzione dell'utero, il che non è sempre facile.

Terapia. — Il còmpito principale della cura, quando i disturbi di un'antiversione non complicata si avverano in persone di giovane età, deve essere rivolto alla dietetica generale, allo scopo di favorire un sufficiente sviluppo di tutto il corpo. Si procuri una digestione energica e regolare, e si faccia fare attivo esercizio muscolare. Solo quando con questi mezzi non si ottenga alcun miglioramento, non dovremo rifuggire dal tentare una energica cura locale, anche se si tratti di ragazze ancora nello stato di verginità. La cura di un catarro uterino che eventualmente complichi la malattia deve andare avanti ad ogni altro tentativo terapeutico.

Lo scopo che ci proponiamo è di vincere lo spostamento anteriore o la flessione dell'utero sul suo asse, e si cercava un tempo di raggiungere questo scopo coll'uso dei pessarii intrauterini. Pel maggior numero dei casi altre volte soggetto a questa cura, oggidì non si riterrebbe opportuno alcun trattamento ortopedico. Il metodo però riesce ancora conveniente per taluni casi tipici di antiflessione con analoghi disturbi.

Del resto una cura coi pessarî intrauterini sarà sempre una rara evenienza, essendo rara questa forma di antiflessione. Negli ultimi cinque anni tra la mia policlinica (frequentata da 1500-1800 malate all'anno) e la mia clientela privata (circa 800 casi) ho trovato solo due casi in cui esistesse questa indicazione alla cura col pessario intrauterino. Se l'utero poggiante sulla vescica gode di una certa mobilità, e si verificano i già descritti incomodi, si ottiene spesso qualche sollievo col far ripetutamente assumere alla donna per qualche ora il decubito dorsale, col dilatare la vescica, coll'uso dei narcotici, ed eventualmente con lavature vescicali. Finora sono affatto isolati i casi a me noti in cui non si sia ottenuto alcun vantaggio contro questi disturbi vescicali e contro i principali sintomi inerenti all' antiversione od antiflessione. Già da tempo io non faccio più uso di alcun pessario vaginale per correggere lo spostamento dell'utero in avanti.

Se le pareti uterine sono flaccide e incompletamente sviluppate, io ricorro, dopo opportuna preparazione, all'applicazione di un pessario intrauterino nel modo già descritto.

Spesso si hanno buoni effetti dal raschiamento: in seguito alla sua efficace azione su tutto l'utero, questo piglia maggior sviluppo e raggiunge forma e consistenza normali; i disturbi si dileguano, sebbene persista l'antiversione o l'antiflessione.

Se le sofferenze sono date dall'indicata forma di antiflessione con allungamento della porzione sopravaginale, io, da circa cinque anni, non mi accontento più della semplice discissione del collo, che è pure indicata per la concomitanza quasi costante della stenosi all'orificio esterno, e per la forma conica del collo. Vedendo che i risultati ottenuti con questa semplice discissione, se pure erano in principio soddisfacenti, non duravano a lungo, vi accoppio ora l'escisione parziale del collo così conformato, cioè un'amputazione del collo. I risultati di questo metodo di cura sono molto lusinghieri. Sotto l'influenza dell'amputazione il collo subisce un energico processo involutivo: una contemporanea cura attiva della mucosa uterina contribuisce a restituire all'utero la sua conformazione normale; ed in un discreto numero di casi ho visto scomparire così, e per sempre, non solo la dismenorrea, ma anche con relativa frequenza la sterilità.

Si capisce come sia difficile decidersi ad intraprendere una simile amputazione del collo su una giovane donna non maritata: ma in casi di ostinate sofferenze si è costretti infine a ricorrervi, e in vista del notevole miglioramento dei sintomi che tien dietro all'amputazione ed alle modificazioni che questa determina nell'utero, non esito a raccomandare tale operazione anche nelle ragazze, quando tutti gli altri mezzi siano stati vanamente esperiti. Riguardo al metodo operativo, rimando al relativo capitolo. Ci tengo solo a dichiarare un'altra volta, che una condizione essenziale per l'efficacia dell'amputazione si è che gli annessi dell'utero siano perfettamente sani. Quando vi esistono malattie, la loro cura deve precedere ogni altro trattamento; ed anche dopo sarà opportuno lasciar trascorrere almeno un anno prima di procedere all'amputazione del collo, per combattere l'anormalità dell'utero.

2.° L'antiflessione dell'utero gravido, il *venter pendulus*, questa frequente complicazione della seconda metà della gravidanza, come è noto, si produce, non solo per la rilasciatezza delle pareti addominali, che non sono in grado di sostenere l'utero gravido, ma anche, almeno nelle primipare, per anormale conformazione dell'ingresso pelvico e della colonna vertebrale; più raramente per stati patologici d'altra natura del cavo addominale (tumori e così via). In ogni caso sarà necessario andare esattamente alla ricerca di tutti questi fattori. I noti disturbi che ne conseguono si possono quasi sempre togliere coll'uso di appropriati sostegni in forma di ventriere appoggianti sulle spalle a mezzo di bretelle; e la gravidanza continua poi tranquillamente il suo corso. Più d'una volta mi sono occorsi casi accentuatissimi di ventre pendulo,

in cui ogni sorta di fascie o di corsetti aggravava, anzichè diminuire, i disturbi, tantochè la donna preferiva tollerare l'incomodo senza alcun riparo per tutta la durata della gravidanza. Una condizione essenziale per rendere tollerabile l'esistenza di un ventre pendulo un po' spiccato, è la scrupolosa pulizia che previene lo svilupparsi di screpolature ed abrasioni specialmente nelle pieghe della cute.

Per quanto concerne il momento del parto, ho visto una donna mettere in pratica una semplicissima ed originale precauzione, che mi tornò poi di giovamento in tutti i casi successivi. Questa donna, appena avviato il travaglio, si metteva di propria iniziativa a giacere sul fianco, incurvandosi in modo che le ginocchia venivano a formar da sostegno al ventre, e a riportare quasi completamente l'utero nell'opportuna direzione sullo stretto superiore. Non voglio qui intrattenermi delle altre cure che possono occorrere in simili casi.

Czerny or non è molto ha caldamente raccomandato l'uso profilattico della fasciatura dell'addome in puerperio, usitata molto in Inghilterra (1). Nessun dubbio che queste fasciature hanno con sè qualche inconveniente, senza contare che non premuniscono in modo sicuro dall'insorgenza del male. Però sono accettate da molte donne come un vero beneficio, e, purchè si tratti di donne che hanno cura di una minuta disinfezione, e nelle quali non può venirne alcun ostacolo alla sorveglianza dell'involuzione puerperale dell'utero, io le faccio adottare, o le sostituisco coll'applicazione sul ventre di compresse a più doppî.

3.° L'antiflessione dell'utero *post partum* è raro si constati come un fatto patologico, dacchè abbiamo imparato a conoscere che nel periodo di sua involuzione l'utero si adagia sulla vescica, e vi resta finchè sia ridotto alla norma. Una tale antiflessione acquista carattere patologico solo quando l'angolo che il corpo fa col collo porta ad una occlusione del canal cervicale, o ad una stasi sanguigna, per cui ne viene a soffrire il processo involutivo.

Nella Società di Ostetricia e Ginecologia di Berlino, nel Marzo 1886, Stratz presentava un preparato del gabinetto d'anatomia che dimostra che, in condizioni apparentemente normali, il punto di inflessione nei primi tempi non coincide coll'orificio uterino interno, ma trovasi appena al di sotto del così detto cercine di contrazione, cioè nel dominio del segmento inferiore dell'utero.

Conviene distinguere i casi secondo che l'antiflessione si produce nei primi giorni del puerperio, e d'improvviso, oppure si prepara gradatamente e più tardi durante l'involuzione puerperale.

1. Di esempi del primo gruppo io ne ho osservati nella proporzione di circa il $^1/_2$ $^0/_0$ su più di mille puerpere, durante il mio assistentato

(1) Czerny. Centralbl. f. Gynäk. 1886 N.° 3.

alla Clinica Ostetrica di Berlino, contandovi solo i casi in cui l' antiflessione in puerperio si palesò coi suoi sintomi in modo acuto. In questi casi si ebbe brusca insorgenza di violento tenesmo vescicale: mentre si cercava di calmarlo insorsero emorragie profuse, addirittura esaurienti. Pei dolori e per la perdita delle forze le donne apparivano in stato di grave collasso. L'esplorazione fece noto che l'utero ancora voluminoso era sceso nello scavo dietro la sinfisi prima del tempo normale, e, col collo fortemente schiacciato contro l'escavazione sacrale, riempiva tutto il bacino.

L'introduzione del dito nella cavità uterina era ancora possibile,

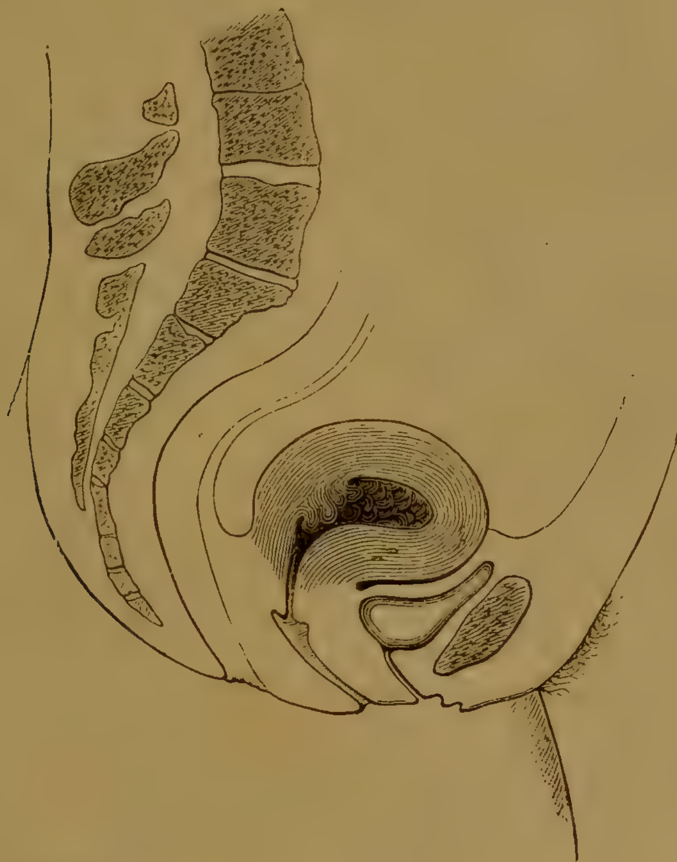


Fig. 39. — Antiflessione per incompleta involuzione della zona di attacco della placenta alla parete posteriore dell'utero.

sebbene con grandi difficoltà, non essendo ancora completa l'involuzione del collo (si trattava di donne dal 3.° al 5.° giorno di puerperio), e in più della metà dei casi si potè constatare l'incompleta involuzione della zona placentare situata alla parete posteriore dell'utero (fig. 39): negli altri casi la zona placentare era bene involuta, trovavasi ai lati o in parte alla parete anteriore, e non poteva esser fatta in alcun modo responsabile dello spostamento. L'utero del resto si lasciò sempre e facilmente ridurre, dopo di che si evacuò dalla cavità del corpo una notevole quantità di sangue e di secreti lochiali ivi rattenuti.

Il miglioramento immediato, ottenuto colla riduzione, fu completato con opportuno eccitamento dell'utero, sia coll'esame digitale della sua cavità, sia col raschiamento della zona placentare, che determinarono energiche contrazioni; queste poi, aiutate dall'uso della segale, e da doccie prima fredde, e negli ultimi tempi calde, accelerarono l'involuzione uterina. Questo procedimento, per ciò, mi sembra il più semplice ed efficace, anche in queste forme di antiflessione patologica.

II. I fenomeni dell'antiflessione, che si determina nelle epoche più avanzate del puerperio, raggiungono lentamente un grado notevole, sia che il fatto si verifichi dopo un parto a termine, o dopo una prematura interruzione della gravidanza: questi ultimi casi sembrano offrire una maggior disposizione ad una alterazione del processo involutivo. Le sofferenze aumentano sempre più dopo settimane e mesi dal parto, tanto da costringere infine la paziente a ricorrere per consiglio al medico. Solo allora cominciano le tardive confidenze sugli ostacoli che le donne provano nell'emissione dell'urina, e sui disturbi vescicali in genere che le mettono in allarme, perchè protratti al di là dell'epoca del puerperio, nel qual periodo non veniva loro accordata alcuna importanza. Vi si associa l'incessante senso di prurito, di pesantezza al basso ventre, e il senso fastidiosissimo di ripienezza dell'intestino. È costante in queste donne un'abbondante secrezione lochiale, con profuse metrorragie.

L'esame locale constata l'imperfetta involuzione del corpo dell'utero, che pesa sul fornice anteriore e lo deprime. Il collo pure incompletamente involuto si raggiunge solo a stento nel fornice posteriore e forma talora un angolo acuto col corpo, mentre talora è rivolto direttamente verso il sacro. Ad onta della discreta ampiezza del canal cervicale, di solito non riesce facile sorpassare col dito l'orificio interno.

Se per tutti questi casi valga la patogenesi giustamente invocata da mio padre per alcuni (1), non posso garantirlo, perchè non sempre mi fu possibile stabilire con sicurezza la sede della zona d'inserzione placentare. Ho però raccolto anch'io alcuni casi altrettanto dimostrativi quanto quelli di mio padre, e perciò devo ammettere la possibilità di una tale insorgenza dell'antiflessione. Sono però anche disposto ad ammettere che in altri casi l'antiflessione patologica trovi la sua causa nella deficiente involuzione dell'utero, nella ritenzione di grossi lembi di decidua, ed in altre circostanze esterne all'utero.

Un metodo di cura sempre di grande efficacia, anche trascorsi dei mesi dal parto, consiste nell'eccitare l'involuzione uterina. Se le perdite sanguigne hanno riacquistato il tipo mestruale, e non sono tanto profuse da richiedere un immediato intervento, se la secrezione non è esagerata, ed i disturbi, quantunque molesti, non sono tali da costringere la

---

(1) l. c. p. 144.

donna a letto, io comincio coll'amministrare la segale (per 3 giorni di seguito un grammo al giorno, da prendersi in tre ore) o l'estratto fluido di hydrastis canadensis (1) (4 volte al giorno 15 goccie), e col far fare delle irrigazioni vaginali a 40°: procuro una opportuna regolarizzazione delle funzioni digerenti, e alla sera faccio fare dei semicupii con decozioni di corteccia di quercia. Per lo più i disturbi scompaiono rapidamente e per sempre sotto questa cura.

Solo pochi casi resistono a questo trattamento: l'utero resta grosso e flaccido, la secrezione profusa, le emorragie non cessano, e continuano pure il dolore ed i premiti. Allora si deve procedere al raschiamento del cavo uterino, che deve essere fatto immediatamente nel caso di profuse emorragie. A questo effetto si usava premettere la dilatazione: oggi lo scopo si ottiene in modo assai più semplice e rapido coll'uso del cucchiaio, e successiva iniezione di percloruro di ferro. Sia per togliere l'eccesso del percloruro, sia per eccitare energicamente le pareti uterine, io faccio seguire l'iniezione di acqua calda a 40°, prima per breve tempo nella cavità uterina, poi contro i fornici vaginali, finchè per la cambiata consistenza non si riveli l'insorgenza di una contrazione. Finora con questo metodo di cura ho sempre ottenuto di veder l'utero impicciolirsi, e perciò nè per questi, nè pei casi precedenti non ebbi mai l'occasione di curare l'antiflessione con pessarii vaginali od intrauterini.

B) Retroversione e retroflessione.

Lo spostamento e l'incurvamento del corpo dell'utero all'indietro hanno ben altra importanza che non l'antiversione e antiflessione. Mentre in queste ultime non si ha che una esagerazione dei rapporti normali, nel primo caso l'asse dell'utero assume una curva affatto contraria alla norma. Nessun dubbio che sarebbe giustificato, da questo punto di vista, il designare come patologiche tutte le retroflessioni, e come tali sottoporle a cura. A questa conclusione però io non posso arrendermi completamente. Sebbene convinto che sia ragionevole il combattere per sè stessa qualunque alterazione patologica, non posso nascondere che più volte mi accadde di trovare delle retroversioni e retroflessioni che non erano altro che fatti secondarii, e che non davano per sè alcun sintomo.

È pur d'uopo riconoscere che molte pazienti venute a noi con vive sofferenze da retroflessione, si trovano completamente guarite dopo che l'utero fu mantenuto per qualche mese in asse mediante il pessario, anche se, tolto questo, l'utero ricade nella retroflessione o nella retroversione. In questi casi in cui il riprodursi della retroflessione non dà alcun sintomo, non sarebbe forse superfluo il continuare la cura orto-

---

(1) Schatz — Naturforscher-Versamml. Freiburg 1883. Archiv. f. Gynäk. vol. XXIV.

pedica? È già da tempo che io non so più decidermi a sottoporre ad una cura questi casi che decorrono senza sintomi, e la terapia locale in una retroversione od in una retroflessione la credo giustificata solo quando riesce evidente il nesso fra le molestie della paziente e l'alterazione di sede e forma dell'utero.

Anche in questa classe di spostamenti io non ammetto una precisa distinzione fra versione e flessione, quale è accettata da varii autori. Parmi che ambedue le forme possano dar luogo a disturbi analoghi, ed ho visto anche con una certa frequenza il passaggio tra versione e flessione come conseguenza di date condizioni, quasi fisiologiche. Per il solo fatto di una forte distensione dell'intestino la versione può mutarsi in flessione, e non ne risulta alcun nuovo incomodo, ma solo una esagerazione dei già esistenti. In date circostanze l'una e l'altra forma possono decorrere senza sintomi, come possono in altre condizioni dar luogo alle più acerbe sofferenze. Perciò nell'ulteriore esposizione non è mio proposito di differenziare le retroversioni dalle retroflessioni.



Fig. 40. — Retroversione congenita.

1.° *Retroflessioni congenite od acquisite all'infuori del puerperio.*

Che possa darsi una retroflessione congenita, è provato a sufficienza dai reperti necroscopici di C. Ruge (1) ed altri (2) (fig. 40): però è raro che nelle adulte ci si incontri in uno di questi casi. Tale retroflessione comincia a procurare disturbi solo colla comparsa delle mestruazioni, e fra otto casi che io osservai in donne adulte, i disturbi non erano mai apparsi proprio al principio dell'età pubere. Le pazienti erano in genere di costituzione robusta, e appartenevano alle migliori classi sociali: però lo sviluppo genitale si era in esse protratto molto in lungo, a giudicare dall'esame locale. In un sol caso non esistevano forti dolori accompagnanti la mestruazione: in genere questa durava a lungo, dando luogo a gravi perdite sanguigne. Una delle pazienti, nobile signora della Curlandia, soffriva di menorragie, non accompagnate da dolori, ma straordinariamente copiose. — Di solito l'utero era piccolo, con collo lungo

(1) Zeitschrift. f. Geb. u. Gynäk, vol. 1.°.
(2) Winckel. Trattato p. 337

e sottile, o con corpo piccolo, era cioè conservata la forma tipica dell' utero infantile. In tutte si avevano molesti disordini della digestione e conseguente influenza sulle condizioni generali; inoltre quasi tutte accusavano impaccio nella deambulazione, alcune specialmente nell'accavallare l'una gamba sull'altra.

Tre di queste pazienti maritate erano rimaste sterili. Due volte coll'andar del tempo l'utero si era notevolmente ingrossato, forse in seguito all'esagerata eccitazione sessuale, forse per l'insorgenza di catarri o di altre malattie, forse infine per gli sconcerti nella circolazione. In tutti questi casi io ho finora trovato l' utero agevolmente mobile, d'onde la possibilità di una cura locale.

Da principio è spesso difficile stabilire la diagnosi, per la resistenza che le pareti addominali nello stato di virginità oppongono ad una palpazione profonda e ad una rigorosa esplorazione combinata. Sono questi i casi nei quali può tornar utile l'esplorazione rettale, se non si raggiunse lo scopo nemmeno collo spingere in alto il dito deprimendo i fornici lungo il margine dell'utero. Anzi mi occorse non di rado di dover controllare la diagnosi nella narcosi. La sonda, che a partire dall'orificio interno si dovrà introdurre colla concavità rivolta all'indietro, varrà ad assicurare il reperto e a stabilire la sproporzione fra la lunghezza del corpo e del collo.

La prognosi di questa forma di retroflessione congenita non è affatto favorevole, si riuscirà bensì ad alleviare i disturbi, ma v'ha poca speranza di correggere l'anomalìa di forma.

Anche nella cura di queste forme si dovrà ricorrere più specialmente ai mezzi che favoriscono lo sviluppo generale. In primo luogo si tratta di frenare le menorragie, e spesso tanto la segale che i mezzi analoghi ci lasciano in asso. È frequente veder moderate le perdite appena che l'utero sia ridotto e mantenuto nella sua posizione fisiologica da un semplice pessario vaginale: in altri casi questo non basta, perchè stante la rigidità dei tessuti, si riesce bensì a riportare il collo verso la concavità sacrale, ma il corpo, nonostante ogni cura, ricade ancora all'indietro. In queste, come in tutte le retroflessioni, dovremo sempre proporci di ridurre l'utero e mantenerlo nella sua posizione normale.

L'angustia delle parti (si tratta spesso di ragazze vergini) rende difficile la riduzione bimanuale dell'utero, ed io perciò preferisco intraprenderla esclusivamente colla sonda. Non ho notato inconvenienti da questo modo di precedere, anzi la riduzione così fatta parve a me ed alle pazienti semplicissima e relativamente non dolorosa. Spesso, anche dopo portato l'utero in avanti, persiste la retroflessione, per il che può fallire il tentativo di mantenere l' utero in posto. In questi casi è indispensabile correggere la flessione dell'utero con un pessario intrauterino, sulla scelta ed introduzione del quale mi sono già occupato nel parlare dell'aplasia dell'utero.

Se l'utero, drizzato nel suo asse dal pessario intrauterino, ricade ancora all'indietro, si potrà con un anello di Hodge avvicinare il collo al sacro, ed assicurare così una durevole inclinazione anteriore del corpo.

Se però, per un motivo qualsiasi, non si può mettere ad effetto questa cura ortopedica, si farà bene a prevenire le profuse perdite sanguigne con scarificazioni fatte alcuni giorni prima del periodo mestruo: del resto si metterà alla prova l'efficace azione dell'acqua calda, usando di questo potente eccitamento per curare la mucosa tumefatta e per frenare le emorragie.

Si capisce che un tal metodo di cura non porta sempre e senz'altro a risultati completi. Occorre spesso continuarla per anni ed anni: in altri casi si hanno degli accidenti che impongono la sospensione della cura. Quando questa può essere scrupolosamente continuata per molti mesi si possono vedere non solo guarire i sintomi, ma anche il male stesso, e una prova se ne ha nel fatto, che molte di queste pazienti, dopo lunghi anni di sterilità, hanno potuto poi concepire e portare a termine la gravidanza. Se anche, come in altri casi, la retroflessione non guarisce completamente, però si vedono in progresso di tempo scemare le emorragie, e ristabilirsi un benessere generale coll'opportuno uso degli indicati mezzi, coi più accurati riguardi, ed eventualmente col far ricorso ad appropriate cure idroterapiche.

Lo sviluppo anormale del collo, specialmente nella sua porzione sopravaginale, può associarsi alla retroflessione congenita: anzi, come già si disse, lo si riscontra non di rado anche qui come risultato di un catarro cervicale. Invece non mi è ancora occorso alcun caso in cui un utero primitivamente normale pel solo fatto di un catarro sia caduto in retroflessione.

2. La retroflessione dell'utero gravido si incontra 10 o 12 volte sulle 2400 ammalate di ginecologia che annualmente si presentano al mio esame. È per lo più di grado lieve, e l'esito abituale della riduzione spontanea è solo accompagnato da disturbi più o meno pronunciati; mentre i casi gravi con fenomeni di incarceramento e loro tristi conseguenze mi occorsero all'osservazione in modo affatto isolato (1).

Nessun dubbio che per lo più la retroflessione è primitiva, cioè la gravidanza si è verificata in un utero già retroflesso: ciò prova una volta di più che la retroflessione per sè non è sempre una condizione patologica tanto grave. Solo eccezionalmente essa si determina in modo acuto, in un utero gravido che prima aveva posizione normale, come conseguenza di una brusca scossa, p. es. una caduta sulle natiche.

Di solito, iniziata la gravidanza in un utero retroflesso, col crescere

---

(1) Nella sua monografia già citata, E. Martin ha accennato principalmente a questi casi gravi.

del volume dell'utero il corpo a poco a poco ascende fuori dal piccolo bacino, senza dare alcun altro fenomeno all'infuori di un lieve e transitorio ostacolo all'emissione delle urine e delle feci. In questi casi le molestie di poco superano quelle che accompagnano lo sviluppo di un utero gravido normale: più sensibile è il sollievo che prova la gravida quando l'utero risale dal piccolo al grande bacino. Perciò, nella grande maggioranza, questi casi sfuggono all'osservazione medica. Ci capita con una certa frequenza di sentire che donne, nelle quali si era constatata l'esistenza di una retroflessione, in una successiva gravidanza, all'infuori dei passeggieri sintomi indicati, si trovarono perfettamente bene.

Di fronte a questi casi sono assai rari quelli in cui si stabiliscono i noti fenomeni di incarceramento, senza che si possa sempre trovare nella configurazione del bacino o nello sviluppo dell'utero una spiegazione sufficiente del mancato moto di elevazione.

Il reperto anatomico ci fa talvolta constatare che l'utero è retroverso, e perciò il collo giace coll'orificio esterno dietro o sopra la sinfisi, senza che esista inflessione dell'asse dell'utero (Retroversione dell'utero gravido). Altre volte l'inflessione è invece assai pronunciata: il collo si trova cacciato contro la sinfisi coll'orificio in basso, e si può sentire immediatamente dietro la sinfisi il brusco angolo che fa il corpo piegandosi all'indietro (Retroflessione dell'utero gravido).

Fra i sintomi, oltre alla sensazione generica di pienezza nel bacino, ha gran parte la compressione subìta dalla vescica e dal retto. La difficoltà nell'emissione dell'urina, che può spingersi fino alla ritenzione ed alla iscuria paradossa, nei casi di incarceramento piglia così presto il sopravento sugli altri sintomi che le pazienti appena si accorgono della stitichezza; eppure l'accumulo delle feci contribuisce assai ad impedire all'utero di elevarsi dal piccolo bacino.

Se non interviene la riduzione spontanea od artificiale, si disegna nell'ulteriore decorso un quadro caratteristico quasi costante. Di regola i disturbi vescicali rendono necessario l'intervento medico fin dal principio della malattia. Se il minaccioso aumento di questi disturbi non reclama il sussidio dell'arte, non tardano a venire in scena doloroso tenesmo rettale e dolori diffusi dovuti alla sproporzione tra la capacità dello scavo e il sempre crescente volume dell'utero. Spesso la donna cerca con vivi premiti di espellere il supposto contenuto del retto.

In altri casi insorgono contrazioni uterine ed aborto; assai raramente si determina gangrena dell'utero o della vescica e peritonite colle sue conseguenze. Le pareti dell'intestino si fanno congeste e tumide, specialmente in vicinanza all'ano, fino al punto di minacciare gangrena (1).

Dopo tutto però la prognosi della retroflessione dell'utero gravido

(1) Vedi per la bibliografia E. Martin 1870: B. S. Schultze, Lageveränderungen, 1882.

non è a ritenersi assolutamente infausta. Nei primi momenti della gravidanza, allorchè l'utero è ancora mobile nel piccolo bacino, essa non ha quasi nessun significato patologico. Quando cominciano a manifestarsi i primi fenomeni di incarceramento, di solito la riduzione è ancora agevole, ed anche i casi di incarceramento più avanzato offrono una prognosi relativamente buona, se si stabilisce in tempo una esatta diagnosi.

Ma è appunto la diagnosi, che presenta spesso delle difficoltà rilevanti. Fenomeno caratteristico dell'incarceramento è la disuria. I disturbi vescicali, che vanno grado grado accentuandosi, devono sempre richiamare l'attenzione del medico su questa possibilità, sia che la mestruazione manchi o che offra anche solo delle irregolarità. In questi casi si sentirà già dall'esterno un tumore notevolmente avvicinato alle pareti addominali: il polo inferiore del supposto tumore sembra spingersi nella profondità del bacino, tanto che riesce assai facile un errore di interpretazione: anzi, nel maggior numero dei casi gravi, riportati nella letteratura, l'errore diagnostico è stato la sorgente delle ulteriori complicazioni. Raccomando perciò caldamente di non accingersi mai ad una esplorazione ginecologica, specialmente in casi di sospetto di un tumore, senza aver premesso l'evacuazione della vescica. Di solito, la donna stessa ci esonera da questa cura colla spontanea emissione dell'urina nei momenti che precedono l'esame. Ma se l'esplorazione combinata lascia riconoscere una qualche difficoltà all'avvicinamento della mano esterna col dito esploratore, e fa supporre che fra le due mani si frapponga un ostacolo, si dovrà sempre svuotare artificialmente la vescica, affermi o no la donna di aver orinato da poco. A proposito di questi casi raccomando pure con insistenza di far uso di un catetere metallico da uomo, perchè può darsi che la vescica, per lo stato di pienezza del bacino, sia riportata molto in alto, l'uretra sia allungata e fors'anche spostata od occlusa, cosicchè con un catetere da donna o con uno elastico non si riuscirebbe a superare l'ostacolo.

Con questa manovra la diagnosi viene assai facilitata; il supposto tumore scompare, e la paziente ne prova grandissimo sollievo. Una volta svuotata la vescica l'esplorazione combinata ci fornisce di solito un quadro perfettamente chiaro dei rapporti fra collo e corpo, sicchè la diagnosi è già in parte assicurata. Il tumore che si avverte nello scavo lo riempie in modo da restringere notevolmente il canal vaginale. Spesso si incontra grande fatica nello spingere il dito in alto lungo la sinfisi per arrivare fino sul collo dell'utero; una volta che vi si è giunti non resta più alcun dubbio sul vero stato delle cose.

La terapia dovrà anzitutto esser rivolta a riportare in alto l'utero, al di sopra dello scavo. Premessa sempre l'evacuazione della vescica e del retto, la riduzione nei casi di grande mobilità dell'utero si compie con sufficiente facilità nella posizione addominale o nella posizione latero-

addominale (di Sims). In queste posizioni l'utero spesso risale in alto da sè, senza che sia necessaria alcuna manovra diretta su di esso. Se il volume ancora piccolo dell'utero lascia temere la riproduzione dello spostamento, come può accadere in seguito ai moti di incurvamento del tronco, o all'aumento per qualsiasi causa della pressione addominale, o in seguito a semplice decubito dorsale, sarà pienamente giustificato far seguire alla riduzione l'uso di un pessario vaginale. I pericoli, che molti vogliono trovare nel pessario per la eccitazione che la sua presenza determinerebbe sull'utero gravido, non sono in realtà da mettersi a confronto cogli inconvenienti inerenti al lungo se non continuo decubito sul ventre, a cui bisognerebbe condannare la donna.

Se l'utero è già tanto voluminoso da far mettere in dubbio la sua riducibilità io troverei opportuno, specialmente per chi ha poca pratica e tanto più trattandosi di donne assai sensibili, di tentare ancora in via di esperimento la posizione addominale, o la laterale di Sims, o la genu-pettorale, dopo svuotati il retto e la vescica. Lo svuotamento della vescica ed eventualmente del retto procura di solito un sollievo così marcato alle pazienti da togliere l'urgenza della riduzione. Mi riuscì in tali circostanze di veder ancora compiersi la riduzione spontanea di un utero, che in apparenza sembrava fisso.

Se manca la riduzione spontanea, o se esistono urgenti indicazioni all'immediata riposizione dell'utero, questa dovrà esser tentata manualmente.

Le manovre di riduzione proposte a questo scopo sono numerosissime: la più adatta mi sembra ancora la pressione esercitata con due dita sul corpo dell'utero attraverso al fornice posteriore, nella posizione laterale o nella genu-pettorale; non si dovrà spingere in alto il corpo dell'utero lungo la linea mediana, perchè si incontrerebbe un ostacolo nella salienza del promontorio. La pressione dovrà farsi invece in modo da spingere il corpo dell'utero verso una sinfisi sacro-iliaca.

Le manovre di riduzione forzata danno luogo a serie obbiezioni. È meglio tentare e ritentare la riduzione in diverse sedute, aumentando gradatamente la forza, e ricorrendo in caso alla narcosi: negli intervalli si curerà un regolare svuotamento della vescica e del retto. La riduzione dell'utero gravido affidata alla pressione atmosferica, cui si apre il varco con una valva portata nel fornice posteriore, descritta da Sims nella sua Chirurgia dell'utero, io l'ho trovata efficace solo a condizione di agire nello stesso tempo ed energicamente sul collo, stirandolo o cacciandolo in basso. In questo caso, più che alla pressione atmosferica, l'effetto è dovuto alla pressione dello speculum che tiene beante il lume della vagina.

Se la riduzione fallisce, le cause ne vanno ricercate non tanto nel volume dell'utero, quanto nelle aderenze che la faccia posteriore del

corpo incontra per lo più col fondo dello spazio del Douglas. Però queste aderenze perimetritiche non di rado si allentano sotto l' influenza della gravidanza, cosicchè l'utero, nel suo ulteriore sviluppo, si sottrae alla loro azione e può risalire in alto: appunto per questo la gravidanza è a buon diritto considerata come il miglior mezzo per curare e vincere simili briglie.

In altri casi le aderenze persistono e la riduzione dell'utero ne viene definitivamente ostacolata. Nemmeno questi casi possono considerarsi « a

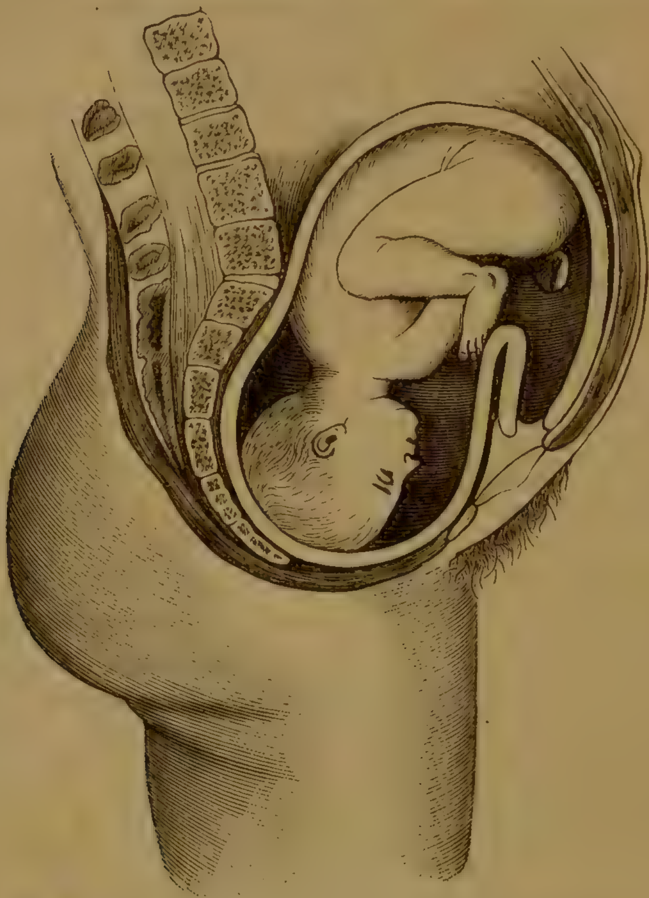


Fig. 41. — Retroflessione dell' utero gravido (da G. Veit).

priori» come disperati, perchè, per uno speciale sviluppo sacciforme (1) della parete anteriore dell'utero, può formarvisi una cavità capace di accogliere il feto fino al suo completo sviluppo, nonostante persista la retroflessione, e la parete posteriore sia fissa (fig. 41). Stando alle informazioni piuttosto incomplete che si hanno su casi analoghi, il parto può avvenire a termine e normalmente, e nulla si oppone nemmeno ad un decorso normale del puerperio. La conoscenza di tale possibilità ci trat-

(1) G. Veit. Sammlung klin. Vortr. N. 170.

terrà dall'ostinarci troppo nei tentativi di riduzione, quando i fenomeni di incarceramento sono appena iniziali e non si hanno ancora sintomi minacciosi.

Se non si ottiene la riduzione nel modo indicato, ed occorrendo in più sedute, non dovremo senz'altro deliberare l'interruzione della gravidanza mediante puntura dell'uovo attraverso il canal cervicale, o attraverso alla parete dell'utero: piuttosto terremo in attenta sorveglianza le funzioni della vescica e del retto, e vigileremo se compaiono sintomi allarmanti, come forti dolori continui, tumefazione dei genitali, scolo tinto di sangue, o se vi ha tendenza allo sviluppo sacciforme.

La provocazione dell'aborto nei casi di incarceramento di utero retroflesso ed irriducibile, urta in serie difficoltà, perchè spesse volte è cosa assai ardua il penetrare attraverso al collo, che è schiacciato in avanti: e data questa angustia del canale anche l'uscita del prodotto del concepimento è difficilissima ad ottenersi. P. Müller ha proposto per questo un apposito strumento (1).

Come « ultima ratio » può valere la puntura attraverso al fornice posteriore. Io non ho esperienza personale in proposito, ma se l'utero è realmente fissato da aderenze fra il corpo e il fondo dello spazio del Douglas, non potrei immaginarmi in qual modo la puntura debba portare con sè inevitabilmente i pericoli che le si attribuiscono. Anche qui la difficoltà, secondo me, consiste principalmente negli ostacoli che anche dopo la riduzione di volume dell'uovo si incontrano nel penetrare fino al cavo uterino attraverso al canal cervicale quasi obliterato. In ogni modo lo svuotamento dovrà essere possibilmente completo, perchè è facile prevedere i pericoli della ritenzione e della decomposizione di lembi d'uovo e di secreto lochiale. Appunto per vincere queste difficoltà ritengo possa tornare utile l'irrigazione permanente.

3. Retroflessione puerperale. — Il maggior numero di retroflessioni ha il suo punto di partenza nel puerperio, sia che si tratti di parto a termine o di aborto. Per l'eziologia di queste retroflessioni, come per quella delle antiflessioni puerperali, si può ammettere siano dovute ad una incompleta involuzione della zona di inserzione placentare situata alla parete anteriore dell'utero, e dei voluminosi trombi che otturano le ampie bocche vasali, mentre si compirebbe normalmente l'involuzione della parete posteriore non occupata dalla placenta, d'onde la flessione dell'utero verso la parete più breve, la cui involuzione si compì senza ostacoli (fig. 42). Non conviene però essere troppo esclusivi, nè si può negare che la retroflessione possa dipendere anche da una straordinaria floscezza delle pareti uterine, da protratto decubito dorsale della puerpera, da ritenzione di urina, da ripienezza eccessiva dell'intestino.

---

(1) Berliner Beitr. z. Geb. und Gyn. Vol. III. p. 67.

A. La retroversione e la retroflessione possono venire in scena già fin dai primi giorni del puerperio; i fenomeni che ne accompagnano la insorgenza sono allora di solito tumultarii: violenti premiti, bruschi sconcerti vescicali sono fatti quasi costanti: vi si aggiungono forti emorragie.

In tutte le mie osservazioni di tal genere era tanto manifesta l'urgenza del caso, e tanto gravi erano le emorragie e le sofferenze, che



Fig. 42. — Retroflessione dell'utero per incompleta involuzione della parete anteriore.

difficilmente le donne potevano sopportare questo stato senza chiamare il medico.

La diagnosi, già facilitata dall'anamnesi, non può sfuggire; prescindendo dal fatto che l'utero ancora grosso non si può sentire nel grande bacino, e neppure nello scavo in posizione di antiversione od antiflessione se ne troverà il voluminoso corpo attraverso al fornice posteriore, e in molti casi si potrà ancora introdurre il dito nel collo che, incompletamente involuto, è notevolmente spostato all'avanti. Attraverso all'orificio interno si potrà, sebbene non sempre con facilità, raggiungere la zona di inserzione placentare, ed eventualmente le ineguaglianze alla superficie anteriore che trovasi in alto.

Nel maggior numero dei casi analoghi che io ho veduto, si trattava

di incompleto distacco della placenta inserta alla parete anteriore dell'utero. Solo tre volte io vidi la retroflessione congiunta a spiccata floscezza delle pareti uterine in puerpere d'altronde sane: esse avevano avuto un parto precipitoso: erano tutte e tre primipare e allattavano.

Nei casi di incompleta espulsione della placenta la terapia consisterà solo nel liberare l'utero e la sua parete anteriore da ciò che ne impedisce una regolare retrazione; perciò, a seconda della pervietà del canal cervicale, si raschierà la zona d'inserzione placentare colle dita o col cucchiaio. Fatto questo, per lo più l'utero, obbedendo alla potente eccitazione, si contrae e si impiccolisce immediatamente e regolarmente, in ispecie se si fa seguire p. es. una iniezione di acqua calda. Spesso la riduzione si fa in modo spontaneo. Se si mantiene l'utero col collo all'indietro attirandone il corpo in alto ed all'avanti, si stabilisce una normale involuzione e perciò anche una guarigione definitiva.

In altri casi, fatto anche un completo raschiamento della parete uterina, non succede l'impiccolimento del viscere, che, appena ridotto, ricade nella posizione di retroflessione. Non ci spaventeremo per questo, purchè si riesca pel momento a dissipare i sintomi più minacciosi: infatti si è sempre in tempo più tardi, quando la donna si sarà ristabilita dal puerperio, a ridurre l'utero ed a mantenerlo in posto con un pessario. Del resto non vi sarebbe alcun inconveniente a ricorrere anche subito al pessario vaginale, fino dalla prima settimana di puerperio.

Se si tratta soltanto di una anormale floscezza dell'utero, o di uno fra gli altri momenti eziologici indicati, i sintomi locali scompaiono in seguito alla riduzione e successiva applicazione di pessario, sia pure il puerperio nella prima settimana. Si ripeteranno le irrigazioni calde in vagina, senza spingerle nell'utero, ma solo contro il collo, ed eventualmente coll'aggiunta di 3 a 5 cucchiai di acido pirolegnoso al liquido da iniezione. Trovano pure applicazione le irrigazioni freddissime, i semicupii con decozione di corteccia di quercia, ecc. Della segale si dovrà in questi casi fare un largo uso.

B. Se i casi di retroflessione puerperale non capitano presto in nostra cura, in modo che il dito non può più passare attraverso all'orificio interno per giungere alla inserzione placentare, si dovrà anzitutto cercare di stabilire se esistano altre traccie di ritenzione delle membrane che si possano rendere responsabili dello spostamento.

Una secrezione decomposta, fetida, l'eliminazione di lembi di caduca, le emorragie che dopo qualche pausa ripigliano abbondanti, infine l'esagerato volume e mollezza dell'utero accennano alla ritenzione di lembi degli annessi. In tali casi è vivamente da raccomandarsi il raschiamento del cavo uterino.

Finchè dura la ritenzione, il processo involutivo è turbato, e le perdite sanguigne, la secrezione copiosa, e tutti i disturbi che accompagnano

la malattia impediscono alla donna di ristabilirsi. A seconda della pervietà del collo si penetrerà col dito o col cucchiaio. Io trovo più comodo il cucchiaio smusso che non quello tagliente di Simon, o quello ad ansa metallica di Thomas: nessun pericolo offre la sua introduzione, per quanto le pareti flaccide siano incapaci di offrire resistenza. Sottoponendo la paziente alla narcosi e disponendo di un aiuto intelligente, in modo da poter procedere con tutte le cautele, la piccola operazione si può intraprendere senza pericolo alcuno. Il raschiamento dilata l'orificio interno a tal punto da permettere poi l'introduzione del dito ove si ritenga necessaria una esatta esplorazione del cavo uterino.

Non nasconderemo però che qui, più che in altre circostanze, è possibile la perforazione della parete uterina: essa può determinarsi quasi senza nessun impiego di forza. Si tratta di rilevare l'avvenuto accidente, che non dovrebbe passar inosservato ad alcun operatore. La perforazione semplice non è seguìta da reazione. In questi casi di perforazione sono enormemente pericolose, e da lasciarsi affatto da banda, le manipolazioni ulteriori e specialmente l'iniezione di percloruro di ferro.

Specialmente ai principianti, che hanno poca pratica dell'uso del cucchiaio, capita talvolta che l'emorragia non si arresta subito, come dovrebbe avvenire se l' utero fu svuotato a dovere, ma continua ancora più o meno abbondante. Di regola l'emorragia è allora un indizio che le pareti uterine non furono completamente liberate dai residui di annessi che vi aderivano. Per riuscirvi io ricorro ad una lunga pinza da polipi, colla quale si possono con facilità afferrare ed estrarre questi residui. Staccati gli avanzi dell'uovo, si potrà pensare ad una opportuna cauterizzazione, tanto più se l'elevazione della temperatura, i brividi, il collasso accennavano alla iniziata decomposizione di questi resti. In tali circostanze io uso iniettare 3-5 gr. di percloruro di ferro e lavare poi la cavità uterina con una soluzione disinfettante calda a 40° R. Se gli annessi dell'utero sono liberi si potrà, una volta ridotto l'utero, applicare un pessario vaginale: così sostenuto, l'utero incontra una normale involuzione.

In casi estremamente rari e gravissimi, l'emorragia non cessa neanche dopo un energico raschiamento. Allora sarà indipensabile l'introduzione del dito allo scopo di esaminare le pareti uterine. Ci serviremo a questo scopo dei mezzi di dilatazione, qualora il raschiamento non abbia già dilatato a sufficienza il canale cervicale per lasciar adito al dito. Chi ha pratica nell' applicazione di suture potrà all'occorrenza preferire la discissione uni o bilaterale, previa allacciatura, dei legamenti larghi, finchè il dito possa penetrare per stabilire e combattere la causa della persistente emorragia; in seguito si chiuderanno con suture le incisioni praticate.

C. Ma anche questa categoria di retroflessioni puerperali è rara di fronte a quelle che si presentano alla cura mesi od anni dopo il parto,

e che costituiscono certamente il maggior numero (figg. 43 e 44). Le donne che ne soffrono hanno per lo più in seguito al parto avuto forti e protratte emorragie, con persistenza di dolori sacrali e di disturbi nella defecazione, che la donna tollerò a lungo non reputandoli d'indole patologica. Solo quando le molestie aumentano, e col deperimento delle forze e col dimagramento si è stabilito uno stato di nervosismo, la lesione genitale diventa oggetto di una cura medica.

È raro che i sintomi siano intermittenti in modo da far ammettere

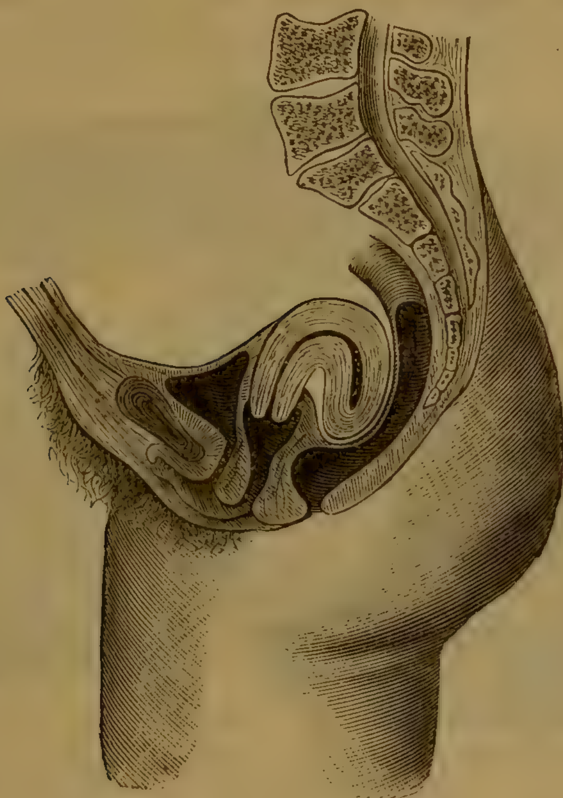


Fig. 43. — Retroflessione dell' utero.

che l'utero cada ripetutamente all'indietro senza cause chiaramente apprezzabili, di all'infuori una denutrizione generale, di una stipsi ostinata, di sforzi anche non eccessivi. Ridotto in posto, vi rimane per un certo tempo in posizione normale, sia spontaneamente, sia per l'uso continuato per un po' di tempo di un pessario, per poi ricadere di nuovo all' indietro, come vidi accadere alla moglie di un collega.

Si trova allora l'utero discretamente involuto, sebbene un po' grosso, non più flaccido; l'orificio è chiuso, e ne geme modica secrezione puriforme dopo la mestruazione, che è sempre abbondante. Il collo a volte non pare alterato; altre volte è grosso colle labbra tumide, dalle quali fa ectropio la mucosa tumefatta. Al disopra del punto di inflessione che è relativamente esile, riposa sul fornice posteriore il corpo modicamente

ingrossato. Non sempre in corrispondenza dell'angolo i tessuti sono atrofizzati; talora non esistono disuguaglianze di spessore; oppure la parte al disopra è atrofica e l'inferiore ingrossata.

Il corpo, o forma una linea retta col collo — retroversione —, o, incurvato ad angolo più o meno acuto, giace nel fondo dello spazio del Douglas — retroflessione —. Questi sono i soliti casi di retroversione e retroflessione che capita di osservare in pratica.

I sintomi derivano di regola dalle abnormi compressioni che si esercitano sugli organi pelvici. Le pazienti si lagnano di dolori sacrali continui, più o meno vivi, dell' incessante senso di compressione sull' inte-

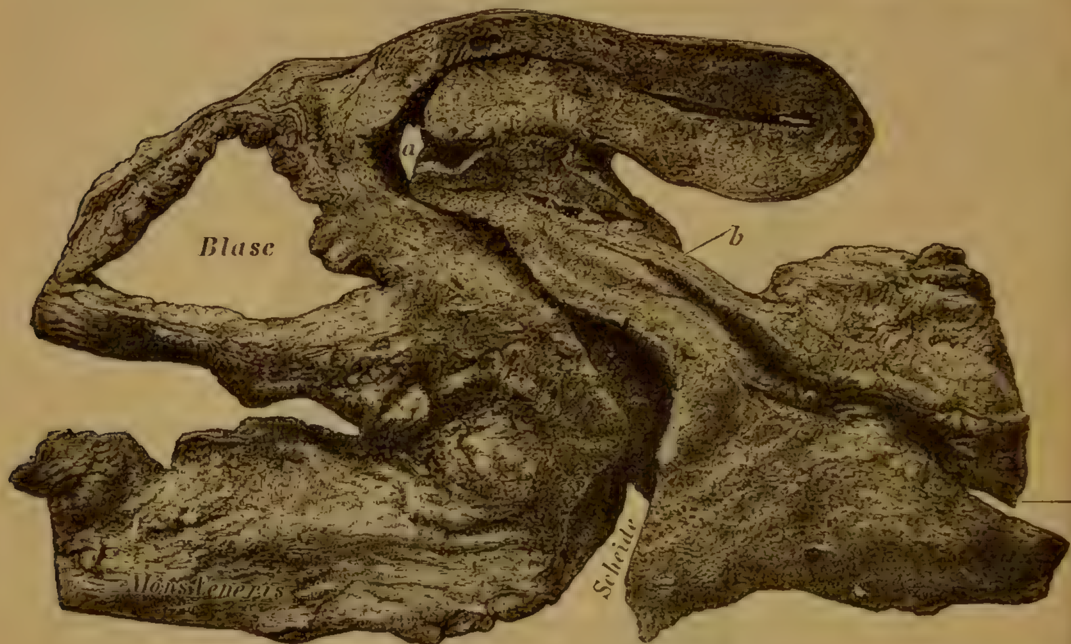


Fig. 44. — Retroversione dell'utero (da Winckel).

stino, che fa sì che si rinnovino ad ogni momento i premiti della defecazione. Frequente e penoso è pure il tenesmo vescicale, e la sensazione di abbassamento e prolasso dell'utero e di tutti gli organi pelvici. Seguono spesso disturbi gastrici, vertigini, nausee, bolo isterico e cefalee. Alcuni sintomi che si credono dovuti in modo speciale alla retroflessione in sè, quali sarebbero ad es. i fenomeni di compressione sui filamenti nervosi che decorrono alla superficie anteriore del sacro, d'onde l'impossibilità alla posizione eretta ed alla deambulazione, sono piuttosto da riferirsi non alla retroflessione, ma ad una perimetrite coesistente, che in questi casi ebbe origine durante il puerperio assieme alla deviazione dell'utero.

Un'altra serie di sintomi si collega in molti casi ai disturbi funzionali causati dalla anomalia di sede o di forma. La secrezione della mucosa è accresciuta per l'ostacolato circolo nel sistema vasale; le mestrua-

zioni sono più abbondanti della norma: l'uscita del sangue è accompagnata da vive coliche, che spesso ne precedono la comparsa.

Talune donne riferiscono di forti dolori nelle coabitazioni; altre restano sterili finchè dura la retroflessione.

Presso a questi casi, in cui è netto e spiccato il corteo dei sintomi dello spostamento, ve ne è un numero non indifferente che non sono accompagnati da sintomo di sorta. Solo l'associazione di catarri o di altre malattie turbando la salute, guida accidentalmente all'esame locale ed alla scoperta della retroflessione. Si può dire che la retroversione o la retroflessione semplice, non complicata, decorre quasi senza apprezzabili lesioni anatomiche, e senza sintomi clinici.

Con un po' di esercizio nell'esplorazione combinata la diagnosi non offre alcuna difficoltà; la porzione vaginale è portata all'avanti; il collo o forma un angolo col corpo, od è diretto coll'orificio esterno verso la sinfisi; non si sente il corpo nel fornice anteriore, ma profondamente nella concavità sacrale. Se le pareti addominali non sono eccessivamente ricche di adipe, si può arrivare colla palpazione nella profondità del bacino, purchè si metta la donna in posizione comoda, col capo basso, le gambe alquanto rialzate, il podice sull'orlo del tavolo d'esplorazione. Si dovranno allentare le vesti o i legacci che possono disturbare l'esame. Premendo allora dolcemente dal lato dell'addome, si arriva a sentire il corpo dell'utero nel fornice posteriore. Per la diagnosi non basta aver sentito l'angolo, che può essere simulato da una grossa piega della vagina là ove si inserisce sul collo; si deve sentire il corpo stesso sopra il fornice vaginale posteriore. Se non si arriva col dito esploratore a limitare con sufficiente sicurezza il fondo, potremo aiutarci in diversi modi. Talvolta vi si giunge facilmente coll'esplorazione rettale, sempre che la mano esterna faccia da controllo. Se neppure dal retto non si arriva sul fondo io trovo utile spingere il dito nel fornice laterale lungo uno dei bordi dell'utero; di qui si può spesso raggiungere l'angolo e sentire il corpo fra le due mani. Altrimenti non resta che l'esplorazione nella cloronarcosi.

Restano talora dei dubbî sulla natura di ciò che si sente dietro il collo, potendo sembrare che vi si trovi un tumore, e solo al di sopra di esso il corpo dell'utero. Può tornare assai arduo il portare un giudizio sicuro: però, con un po' di pazienza e d'esercizio e ricorrendo ai mezzi descritti, si riesce ad isolare l'utero. Il controllo definitivo, in ultima istanza vien fornito dalla sonda.

È inoltre frequente il trovare in questi casi una tumefazione piuttosto accentuata del corpo e del collo, e specialmente delle labbra; la mucosa tumida in tutto l'utero fa sporgenza in forma di ectropion all'orificio uterino esterno. È raro invece che sotto l'influenza di un utero retroflesso, anche non gravido, si abbia infiltrazione ed edema del pa-

vimento pelvico che appare allora rilasciato e perfino di tinta pavonazza.

Del resto, già lo si disse, i fenomeni che accompagnano le retroflessioni sono assai variabili. Molte donne soffrono seriamente per un utero spostato mobilissimo: altre invece non hanno quasi alcun sintomo dall'incarceramento nel bacino di un utero voluminoso.

Riguardo alla terapia, la mia opinione è che si debba intervenire sempre quando l' utero retroflesso cagiona dei disturbi, ed astenersi da ogni intervento locale quando la retroversione o la retroflessione non sono che un reperto accidentale e non sono collegate nè con sintomi subbiettivi, nè con lesioni anatomiche. Tengo appunto nota nei miei registri di una serie di donne nelle quali esisteva una retroflessione senza alcun disturbo che si potesse riferire allo spostamento; ed in questi casi io mi astengo da ogni cura ortopedica.

Fra i sintomi che reclamano una cura noto:

1.° Fenomeni di compressione da parte degli organi vicini.

2.° Disturbi della mestruazione.

3.° Alterazioni nella costituzione e funzione della mucosa o della muscolare.

4.° Disturbi che si riferiscono al concepimento.

Se la retroflessione è causa di sofferenze, l'utero dovrà essere ridotto nella sua posizione normale, e possibilmente dovrà esservi mantenuto. Appunto per questo è di molta importanza l' avere un concetto chiaro dell'esito che possiamo nei singoli casi riprometterci da una cura ortopedica. Un vantaggio si avrà solo quando l' utero è mobile, e può essere ridotto alla sua posizione normale senza rottura di eventuali aderenze.

Se la retroflessione esiste come complicanza di una perimetrite, è sommamente da raccomandarsi di lasciar in pace l'utero e limitarsi alla cura della perimetrite. Le indicazioni urgenti sono fornite dalla complicanza, è permesso un prudente tentativo per ottenere qualche miglioramento agendo sulla mucosa o sulla muscolare: si tratterà al più di fare un raschiamento o di amputare una porzione di collo; l'applicazione di un pessario è sempre da sconsigliarsi.

Se l'utero è mobile e la retroflessione dà luogo ad alcuni dei gruppi di sintomi da noi enumerati, oppure è causa di rilevanti alterazioni anatomiche, mi pare indicata la cura ortopedica.

Questa cura consta di due tempi:

1.° ridurre l'utero retroflesso in posizione normale.

2.° mantenerlo ridotto.

Il 1.° tempo, la riduzione dell'utero, si può ottenere con varî mezzi (1).

(1) Hegar. Sammlung Klin. Vortr. 34.

Basta talora mettere la donna a giacere sul ventre: in questa posizione l'utero ha già tendenza a cadere all'avanti.

In altri casi possiamo aiutarci con manovre sull'utero dal lato della vagina.

Una di queste manovre, descritta da Solger (Berlino) nel 1873 (1) e raccomandata da Courty col nome di Reposition spontanée aérienne nel 1880, consiste nel mettere la donna in posizione genu-pettorale o laterale, introdurre uno speculum univalve nella vagina, e con esso deprimere fortemente il perineo e la parete posteriore della vagina; l' utero, al dire di Solger, viene ricacciato in posto dalla pressione dell'aria che si precipita nel lume vaginale. Secondo me però in questa manovra si devono prendere in considerazione altri momenti oltre l'ingresso dell'aria, e specialmente la forma della parete posteriore del bacino, e i rapporti della cavità addominale. La riduzione dell' utero mobile è poi certamente facilitata dalla trazione all' indietro esercitata sul fornice posteriore, e perciò sul collo dell'utero, dall'estremità della valva.

Nulla si può obbiettare ad un tentativo di riduzione fatto in questo modo: ma, stando alle mie osservazioni, molto raramente esso basta; è un metodo incostante nei suoi effetti, e di fronte agli altri non offre alcun particolare vantaggio.

Le vere manovre di riduzione si dirigono sull' utero stesso, e fra di esse è da annoverarsi la riduzione bimanuale. Nel decubito dorsale, sul fianco, sull' addome, o nella posizione genu-pettorale, si impiegano due dita per rialzare il corpo dell'utero attraverso al fornice vaginale posteriore od al retto: la mano esterna lo afferra poi dall'alto e lo respinge in avanti, mentre le dita, situate in vagina, cacciano indietro il collo. Se colle dita non si giunge a spostare il collo, si può tirare all' indietro sul muso di tinca, afferrandolo con una pinza uncinata (2). Solo quando dal fornice anteriore si sente il corpo riposare sulla parete anteriore della vagina, e il collo portato ben all'indietro, si potrà ritenere completa la riduzione.

Un terzo metodo è la riduzione con strumenti, che vanno introdotti nella cavità uterina. Se ne sono costrutti di diverse foggie. Uno dei più noti è quello di Sims che, provvisto di un meccanismo a molla, ottiene la riduzione in un modo molto schematico. Quando non mi riesce di compiere facilmente la riduzione bimanuale, io ricorro volontieri alla comune sonda rigida. La introduco nel solito modo fino all' orificio interno, imprimo al becco un movimento ad arco di cerchio assai largo in modo che la concavità guardi all'indietro, e penetro così colla sonda nell'utero retroflesso. Non è esatto che basti questa manovra a spostare

(1) Beitr. der Geb. und Gyn. 1873.
(2) Küstner. Centr. f. Gyn. 1882 N.º 28.

l'utero, come molti credono: si può introdurre la sonda nel corpo senza smuoverlo gran che, mentre piuttosto il collo viene spinto fortemente all'avanti. Poi io giro di nuovo la sonda, muovendo il manico ad ampio arco davanti ai genitali fino a ricondurre la concavità in avanti, e rialzo il corpo quasi col solo peso del manico della sonda, o con una leggerissima pressione sul manico, mentre un dito spinto contro all'orificio uterino fa da punto d' appoggio alla sonda, e ciò finchè il manico sia portato affatto all'indietro e il bottone della sonda perciò sia all'avanti. Coll'esplorazione bimanuale allora mi accerto della normale posizione dell' utero. Non importa se con questo modo di riduzione scorre qualche goccia di sangue: sarà bene metterne sull' avviso la paziente.

Finora abbiamo supposto che l' utero goda di piena mobilità. Le aderenze che si oppongono a questa mobilità, per lo più residui di parametrite di antica data, si lasciano talvolta riconoscere all' estrema sensibilità, già prima che siasi fatta una vera manovra di riduzione; ed alla riduzione si dovrà in questi casi rinunciare. Se però i residui sono molto limitati e permettono all'utero un certo grado di mobilità, si fanno palesi spesso nell' atto in cui si sta rialzando l' utero. Appena sono avvertiti si rinuncia ad ogni ulteriore manovra.

Stando ai fautori della riduzione bimanuale, è questa la sola che permetta una simile constatazione. Io penso precisamente il contrario; nella riduzione bimanuale il dito spinge in alto tutto il fornice, ed è perciò difficile che possa rilevare una aderenza fra l' utero e lo spazio del Douglas, mentre nella riduzione colla sonda il dito posto sotto l' orificio uterino può facilmente rilevare se una piega venga a tendersi, o se tutto il fornice venga stirato in alto col corpo.

Ridotto l' utero ci troviamo di fronte al secondo còmpito della terapia, quello di fissare e mantenere l' utero nella sua normale posizione.

I tentativi di mantenere l'utero nella giusta posizione collo stabilire nuove aderenze cogli organi vicini hanno trovato scarsa applicazione nella pratica. Di fronte ai successi dei sostegni vaginali, essi hanno tanti inconvenienti, che solo in casi estremi vi si dovrà ricorrere (1). Anche l' operazione di Alexander (2) avrà difficilmente una generale diffusione, se anche cresce il numero dei casi felici (Imlach, Zeiss, Adam e parecchi altri). Io personalmente non ho mai trovato l' indicazione a combattere una retroflessione coll' accorciamento dei legamenti rotondi.

Non è qui mia intenzione di descrivere gli innumerevoli apparecchi che furono raccomandati per fissare l'utero nella sua posizione normale. Io mi servo quasi esclusivamente dell'anello di Hodge (fig. 45) composto

(1) Freund, Monatschr. f. Geb. 32 p. 432.
(2) British med. Journal 1883.

di filo di rame rivestito di gomma, nelle sue diverse grandezze da 6 a 12 cent. Questi pessarî sono facili a tenersi puliti, sono comodi e sicuri nell'introduzione e nella rimozione: devono venire scelti naturalmente a seconda dell'ampiezza della vagina, e foggiati nella curva opportuna. Io voglio che l'anello nel suo arco anteriore e più breve presenti un inflessione, perchè altrimenti, come ebbi spesso ad osservare, ne viene molestata l'uretra. L'arco più ampio deve esser portato in alto ed all'indietro. A questi anelli si diede anche il nome di pessarî a leva: ma l'utero non subisce affatto per la loro presenza un'azione di leva, non ne viene anzi neppure toccato, se il pessario è ben in posto.

L'azione dell'anello è piuttosto quella di spingere in alto il fornice posteriore per mezzo dell'arco posteriore, di inflettere perciò i legamenti sacro-uterini, e di ravvicinarne i punti estremi. Con ciò il collo vien stirato in alto e tutto l'utero vien fissato nella sua posizione normale. Per ciò l'azione di questo anello si spiega non direttamente sull'utero, ma sui legamenti utero-sacrali. Se il pessario riesce a deprimere il fornice posteriore, lo si deve al punto di appoggio che l'arco anteriore trova contro la parete anteriore della vagina, o, ciò che talora non si può evitare, contro le branche discendenti del pube.



Fig. 45. — Pessario di Hodge per la retroflessione.

Per l'introduzione del pessario si procede nel modo seguente: ridotto l'utero si afferra il pessario, bene unto, in modo che le branche laterali *a* e *b* siano comprese fra il pollice ed il medio: l'indice tocca colla punta l'arco *c*: il pessario così afferrato si pone di fronte all'ostio vaginale coll'arco *c* nella direzione della rima vulvare. Allora si preme l'anello contro l'ostio, deprimendo coll'angolo *bc* la commissura posteriore, che è più cedevole e meno sensibile dell'anteriore, finchè lo strumento possa penetrare coll'arco *c* in vagina. Allora lo si dispone di traverso nella vagina, cosicchè l'arco *c* si mette orizzontalmente nel fornice posteriore, dove vien spinto dietro il collo. Questo rimane così abbracciato nella finestra dello strumento, mentre l'estremo anteriore del pessario si pone in contatto colla parete anteriore della vagina, press'a poco all'estremo superiore del suo terzo inferiore. Non si dovrà mai lasciare in sito un pessario ed abbandonare la donna, prima di essersi ancora una volta accertati della opportuna posizione dell'utero, mediante l'esplorazione combinata o la sonda.

Il pessario può venir lasciato in posto durante la mestruazione: non impedisce nè le coabitazioni, nè il concepimento: per mantenere la pulizia bastano due lavature vaginali al giorno con una soluzione al-

l'uno e mezzo °[o di acido fenico od altra soluzione disinfettante. L'anello può restare in posto per 3-6 mesi: in questo frattempo di solito il rivestimento di gomma assume un colore biancastro sotto l'azione delle secrezioni, ma se si hanno le debite cure non puzza, specialmente se la secrezione è normale.

Questi pessarî finora mi sono bastati, e all'infuori di qualche caso affatto isolato, ho con essi raggiunto completamente l'effetto voluto.

I pessarî di Schultze sono pure anelli di gomma: ve ne è una forma foggiata a cifra otto, con una finestra più grande ed una più piccola. La più grande si colloca in avanti, la più piccola sta all'indietro ed in

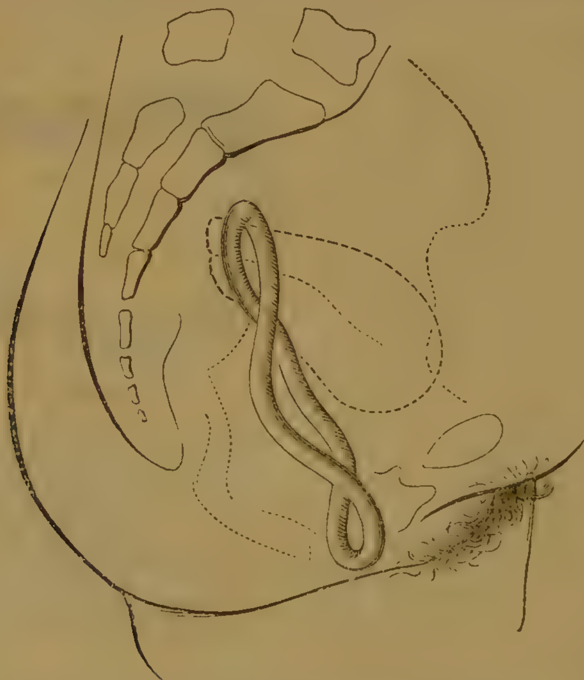


Fig. 46. — Pessario di Schultze a cifra otto.

essa si deve immettere il collo (fig. 46). Perciò anche questo pessario non rinuncia all'azione sui legamenti utero-sacrali, ma rende più efficace questa azione, riportando nello stesso tempo il collo all'indietro. Il pessario di Schultze può essere introdotto e rimosso dalla donna stessa. Del suo uso io ho solo una esperienza negativa, essendo stato accidentalmente chiamato a rimuovere taluno di questi strumenti introdotti da altri.

L'altro pessario di Schultze è riprodotto nella sua forma e nel suo modo d'azione nella fig. 47. Non ho osservazioni mie proprie: lungi dunque da me il pensiero di farne una critica. E così pure non pretendo disputare cogli altri autori sul valore dei loro rispettivi pessarî e posso solo dire di trovarmi contento coll'uso del semplice anello di Hodge.

Quei casi eccezionali nei quali non mi basta il pessario di Hodge erano precisamente quelle forme di retroflessione, nelle quali l'utero per

lo più infantile non seguiva col collo la trazione dei legamenti utero-sacrali, o per processi infiammatorî nelle pareti era reso così rigido nel suo angolo di inflessione, che non bastava la trazione sulla superficie posteriore del collo, per rimuoverlo dalla sua posizione. In tali casi estremi si può tentare di raddrizzare direttamente l'utero con pessarî intrauterini per sostenerlo poi con un anello di Hodge.

Un'azione anco più spiccata l'ha il cosidetto pessario a molla, usato da mio padre in un ristretto numero di casi: un bastoncino d'avorio articolato a cerniera mobile in un solo senso su un arco di legno di bosso. Il bastoncino viene portato nel cavo uterino, e posto ad angolo



Fig. 47. — Pessario a slitta di Schultz.

retto coll'arco impedisce la ricaduta dell'utero. L'effetto raggiunto con questo istrumento è assai soddisfacente, ma gli incomodi e i disturbi, cui dà luogo, sono non di rado troppo rilevanti, perchè se ne possa diffondere l'uso. Fu rimproverata a mio padre la predilezione per questa sorta di pessarii: è un'accusa ingiusta. Egli ricorreva di preferenza agli anelli di Hodge, dopo aver per un certo tempo usato degli anelli aperti di gomma indurita: quanto ai pessarii a molla egli pure ne fece un uso limitatissimo. Da 6 anni io non ho più incontrato una indicazione al loro uso.

L'anello di Hodge ripara in gran parte ai disturbi provenienti dalle retroflessioni. E specialmente si vedono dissiparsi rapidamente dietro l'uso del pessario quelle malattie della mucosa e del parenchima del collo, che si mantenevano ribelli alla cura, finchè persisteva la deviazione. Però alla domanda se l'utero così sostenuto rimanga nella posizione normale, con guarigione duratura della retroflessione, si deve pel maggior numero

dei casi rispondere negativamente (1). È solo in casi limitati che si vede l'utero conservare la sua normale posizione di antiflessione anche dopo tolto il pessario. Per lo più il pessario vien tolto perchè l' utero è in asse e i disturbi sono cessati: oppure è la donna stessa che si è tolto o ha smarrito l'anello, e non crede più necessaria la cura medica sentendosi di molto migliorata. È relativamente limitato il numero delle pazienti, specialmente della pratica policlinica, su cui si possa esercitare un efficace controllo per tutto il tempo in cui resta in posto l'anello, e per un sufficiente periodo consecutivo.

Presumibilmente però non superano il 15 °/₀ i casi di completa guarigione: eppure quasi tutte le pazienti si dicono guarite. La spiegazione va cercata nel fatto che non sempre la flessione è causa per sè di disturbi, e che piuttosto i sintomi dipendono da complicazioni intercorrenti, le quali non guariscono finchè alla retroflessione non siasi posto riparo. Guarito il catarro, e cessata la tumefazione dell' utero per stasi, può darsi che l' utero funzioni in modo normale, nonostante l' anomala posizione, finchè forse una nuova complicazione rende ancora necessaria per un po' di tempo l'applicazione di un pessario.

Io sono dell'avviso che nelle retroflessioni, prima di tutto bisogna indagare minuziosamente lo stato dell'utero e dei tessuti vicini: le malattie degli annessi, le perimetriti, le salpingiti, coi loro reliquati che troppo facilmente si trascurano, costituiscono una stretta controindicazione ad ogni cura ortopedica. Prima di tutto bisognerà rivolgere la cura contro queste malattie, e nel caso che i disturbi persistano anche dopo la loro guarigione, allora solo sarà del caso di tentar la cura ortopedica della flessione. Se l'utero è mobile, ogni molestia che dipenda dall'alterata forma e posizione richiede la riduzione e il pessario. Quando però i sintomi sono scomparsi, e la consistenza, le funzioni dell'utero sono tornati alla norma, non si dovrà protrarre indefinitamente la cura col pessario, ma si lascerà di tempo in tempo la paziente a sè, cioè senza anello, sia poi guarita o no la flessione. Se allora le molestie non si riproducono, si desiste da ogni ulteriore cura ortopedica: se invece si ripresentano, si torna all'anello. Solo nel caso che, in mancanza di ogni altro sintomo, si creda di trovare nella retroflessione un impedimento al concepimento, si porrà, in via di prova, un pessario. Se si verifica gravidanza, dopo il quarto mese non è più a temersi il riprodursi della flessione, e perciò si può rimuovere l'anello. Se non si verifica il concepimento, nulla si oppone a che si protragga l'uso del pessario, finchè non ne derivano danni.

---

(1) Mundé (Amer, Journal of. obst. Ottobre 1881) e Löhlein hanno raccolto le loro osservazioni sull'argomento. Per la discussione sulla comunicazione di Löhlein, vedi gli att della società ost gin di Berlino nel 1882 (Zeitsch. f Geb. u Gyn. VIII. p. 102

II. — Descensus e prolasso dell'utero e della vagina.

Il prolasso degli organi genitali di solito è conseguenza di alterazioni nei rapporti anatomici fra le singole parti del pavimento pelvico. Se l'angusta fessura, da cui è rappresentata la vagina nello spaccato alla fig. 48, si dilata, e se vengono allentati i mezzi di connessione fra i sin-



Fig. 48. — Pavimento pelvico.

goli strati delle parti molli del bacino, questa fessura si muta in un canale beante, circondato da tessuti cedevoli e rilasciati. Le pareti stesse del canale si immettono nel suo lume beante: i tessuti posti al disopra, privati del loro appoggio, seguono la legge di gravità e cadono verso il canale, e ciò tanto più facilmente, quanto più aperto si fa l'angolo tra l'asse longitudinale dell'utero e l'asse della vagina. Il rilasciamento di tessuti e di legamenti che erano tanto saldi nello stato virgineo, per lo più si verifica in seguito al parto e perciò il maggior numero dei casi di prolasso si collega ai prolassi puerperali. È raro che in altro modo, per malattie o per neoformazioni, si determini un rilasciamento di tessuti, con sporgenza delle pareti del canal genitale.

Pel fatto della gravidanza molti momenti eziologici collimano a preparare le condizioni opportune al verificarsi di un prolasso: principalmente l'imbibizione e il rilassamento dei tessuti pelvici e le modificazioni negli organi genitali. Nè sono solo da prendersi in considerazione gli stiramenti e le lacerazioni che si verificano durante l'atto del parto, interessino poi la superficie, o siano sottocutanei — non solo le ricche pieghe delle pareti vaginali e il forte aumento nel peso e nel volume dell'utero — non solo le lesioni all'ostio vaginale; ma una parte essenziale nel favorire l'insorgenza del prolasso l'ha l'esagerazione dei processi proprii del puerperio. In special modo merita di attirare la nostra attenzione il rapidissimo riassorbimento di discrete quantità di quel tessuto adiposo, che stendesi fra i singoli strati del pavimento pelvico. Sia che la colpa spetti all'involuzione dei genitali in genere, o ad una grave malattia generale per lo più d'indole settica, complicante l'involuzione, o all'insufficiente nutrizione nel periodo puerperale, — è frequentissimo il vedere verificarsi appunto in questa regione una completa scomparsa dell'adipe, dando luogo a vacui disposti ad ampie maglie, nei quali è facile incontrarsi in caso di operazioni, dopo inciso il canal genitale. Anche senza di ciò l'involuzione del pavimento pelvico, che fu notevolmente disteso, viene disturbata dalla inopportuna azione della pressione addominale, come accade tanto spesso, quando si trascurano le regole igieniche nel puerperio, quando la donna non solo deve essa stessa occuparsi di ogni cura al proprio bambino, ma anche è costretta a lavorare pel sostentamento della famiglia.

Accade che la forte natura della donna resista per lungo tempo a queste dannose influenze, le cui conseguenze si fanno palesi nella loro pienezza solo dopo ripetute gravidanze, o dopo che la costituzione fu minata dalla miseria, dal lavoro o da malattie intercorrenti. In altri casi alla determinazione del prolasso concorre, collo sfiancamento dei tessuti e coll'abbassamento dell'utero, anche la generale involuzione cui va incontro l'organismo nell'età critica. Si tratta di alterazioni che consistono essenzialmente in una scomparsa di adipe e in una atrofia dei genitali proprie della senilità; e queste alterazioni anche in donne nullipare e sane possono determinare quelle condizioni che nei loro stadii ultimi hanno per effetto il prolasso degli organi genitali. Analogamente agiscono talune malattie esaurienti, ad es. la tubercolosi, il colera, la dissenteria, in seguito alle quali fu visto verificarsi il prolasso della vagina.

Fra le alterazioni dei visceri pelvici disponenti al prolasso voglio qui ricordare soltanto i cambiamenti di posizione e di forma dell'utero, la retroflessione, la retroversione, l'ipertrofia del collo e del corpo, in cui l'utero voluminoso coincide col suo asse longitudinale con quello della vagina, e determina così l'inversione del tubo vaginale.

Una retroflessione spiccata del resto può valere piuttosto come una

garanzia contro il prolasso, giacchè il corpo dell'utero trova un sostegno sul fondo della tasca del Douglas, cacciato in basso da questo peso. Non si dimentichi a questo proposito che un tale spostamento dell'utero non si può concepire senza ammettere che la tonicità e resistenza del peritoneo sia stata compromessa. Infine quali cause occasionali di una procidenza per lo più parziale sono a notarsi le neoformazioni, specialmente cisti, delle pareti vaginali. Una inversione completa si incontra talvolta dovuta a esagerata pressione dall'alto per sviluppo di neoplasmi o di versamenti liquidi copiosi nel cavo addominale, come pure per neoformazioni che, stirando in basso il canal genitale, possono arrovesciarlo.

Di fianco a questi momenti eziologici abbastanza evidenti, si nota in casi isolati la procidenza dei genitali in donne vergini. In questi casi si estroflettono porzioni poco o punto alterate del canal genitale; in parte però mostrano una notevole floscezza nel pavimento pelvico e nelle pareti vaginali. Per molti di questi casi si potrebbe ammettere la masturbazione come causa dell' afflosciamento e perciò della procidenza, mentre altri restano sempre completamente oscuri dal punto di vista eziologico, sebbene si citino fra i fattori l'angustia del bacino, il bacino fesso od altri ostacoli alla posizione normale dell'utero.

Patogenesi. — È necessario distinguere accuratamente i varî gradi del prolasso a seconda dei diversi rapporti anatomici, perchè, mentre una volta si generalizzava troppo, è solo collo studio dettagliato che riesce possibile una giusta interpretazione ed una cura razionale. Di regola, ai primordii, si vede sporgere dalla rima vulvare beante, e solitamente rotta nella sua continuità per un'ampia cicatrice alla commissura posteriore, il segmento inferiore della vagina che forma una rilevatezza irregolare bitorzoluta (descensus della vagina). Osservando più attentamente vi si riconosce la parete anteriore della vagina, dietro ad una massa che corrisponde al tubercolo uretrale ipertrofizzato. Al disotto di questa salienza se ne vede sporgere un'altra, che appartiene alla parete vaginale posteriore. È raro che si osservino sporgenze laterali in piccolissima estensione fra le rilevatezze formate dalle pareti anteriore e posteriore. La vagina è occlusa da queste porzioni di parete che fanno sporgenza nel suo lume, e che il dito è obbligato a spostare per penetrare fino ai fornici. L'utero per lo più è sceso in basso, e si è portato col suo fondo verso la concavità sacrale, mettendosi col suo asse lungo l'asse della vagina, sia in seguito alle trazioni in basso o ad una retroversione del corpo dell' utero. Talvolta esso arriva a far capolino alla rima vulvare fra le pareti estroflesse della vagina (fig. 49).

Da questo stadio iniziale si svolgono le diverse forme del prolasso. Per poterle meglio apprezzare è utile mettere in evidenza le particolarità della procidenza parziale, prima di considerarle nel loro complesso.

1.° La parte che più di frequente fa sporgenza nel lume della va-

gina è la metà inferiore della pareto vaginale anteriore (prolasso della parete vaginale anteriore). Quasi sempre nelle donne che hanno partorito il tubercolo uretrale fa salienza all'ostio vaginale e fuoriesce dalla rima vulvare; a questa deformazione della parte bassa della parete anteriore si associa la procidenza di tutta la parete vaginale anteriore sotto l' influenza della contigua vescica (fig. 50). La distensione della vescica incontra naturalmente degli ostacoli durante la gravidanza, es-

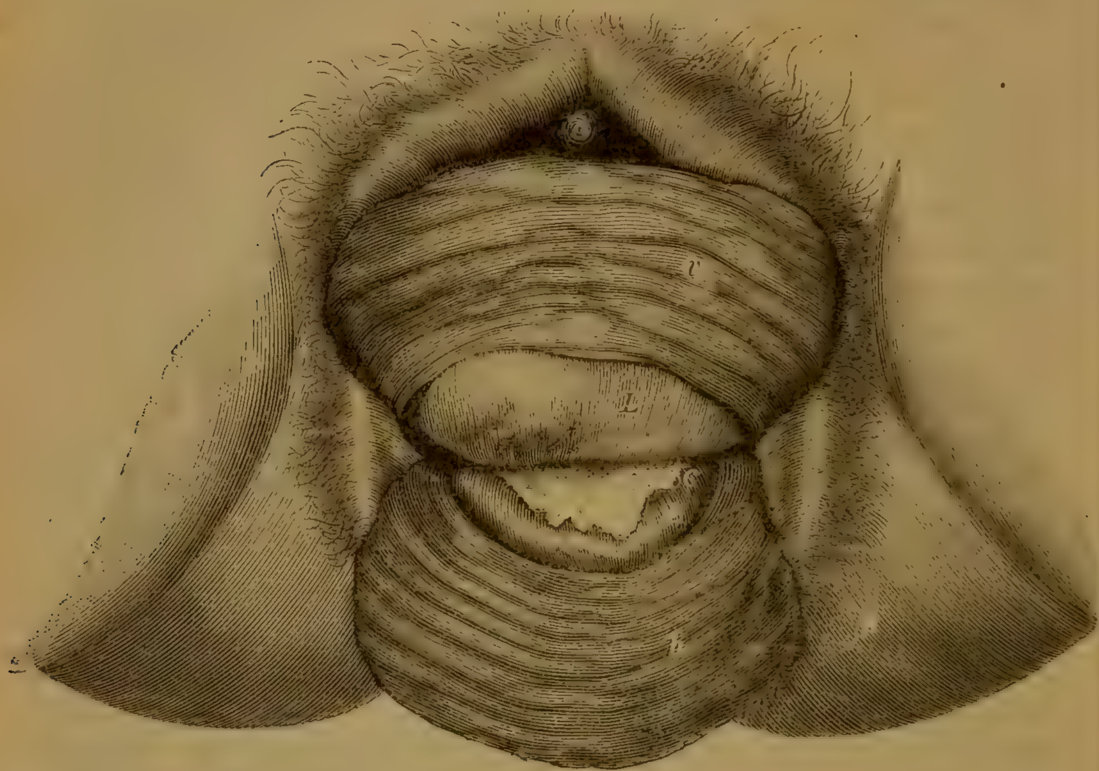


Fig. 49. — Prolasso delle pareti vaginali e del collo dell'utero — *v*, parete anteriore della vagina — *h*, parete posteriore — *l*, labbra del collo — *c*, mucosa cervicale.

sendo arrestata dall'utero disteso: e per conseguenza si formano frequentemente dei diverticoli.

Anche dopo il parto il corpo dell' utero antiverso continua ad opporre ostacoli alla distensione della vescica. Se questa non riesce a distendersi agevolmente verso l'alto, spingerà in basso verso il lume della vagina la parete anteriore, che per lo stato di rilassamento in cui trovasi è assai disposta a lasciarsi distendere. Se poi per svuotare la vescica si fa necessaria una esagerazione della pressione addominale, questa pressione avrà per conseguenza uno spostamento della vescica in basso verso la vagina. Così la persistente cedevolezza della parete vaginale rilasciata e distesa, si unirà allo sforzo fisiologico del mitto per favorire l'arrovesciamento e la discesa di questa parete vaginale anteriore.

Persistendo l'effetto dannoso di questi momenti, sarà sempre più considerevole il tratto di parete vaginale che viene a sporgere dalla rima vulvare; tanto più se il perineo distrutto per una lacerazione della commissura vulvare e del setto rettovaginale non presenta più un punto d'appoggio alla parete anteriore. Più tardi, resa completa l'extroflessione, l'uretra resta pure stirata in basso e piegata ad angolo a livello del suo orificio interno: la vescica può immettersi in gran parte nella porzione di parete vaginale che fa procidenza. Da questo momento la distensione



Fig. 50. — Descensus della vagina e dell'utero.

della parte prolassata può raggiungere gradi notevoli, tanto che con un tumore ai genitali esterni della grossezza di più che un pugno, l'utero può ancora trovarsi di poco alterato nella sua sede e nella forma (fig. 51).

Una forma perfettamente analoga a questo prolasso della parete vaginale anteriore io l' ho riscontrata due volte in casi di cisti o tumori della grossezza quasi di un arancio, situati fra la vescica e la vagina (fig. 52).

In ambo i casi giunsi a delimitare esattamente il tumore, dopo aver fatto la dilatazione dell'uretra: la vescica era al suo posto, al pari dell'utero. Il tumore posto nel setto vescico vaginale, presentantesi a guisa di cisti distesa, aveva causato l'arrovesciamento all'esterno dei due terzi inferiori della parete vaginale anteriore.

2. Finora è noto per risultati necroscopici un sol caso, nel quale il terzo superiore della parete vaginale anteriore sia venuto da solo a far prolasso (1) (fig. 53). In questo caso fra l'utero e la vescica si era insinuata un' ansa intestinale che aveva spinto in basso davanti a sè il



Fig. 51. — Prolasso della parete vaginale anteriore.

terzo alto della parete vaginale, cacciandolo fino al di fuori della rima vulvare. Questo caso di prolasso della parte alta della parete vaginale anteriore, fu oggetto di molte contestazioni (2): io non lo ricorderei qui, se non mi fosse occorso di osservare in una paziente della policlinica un

(1) E. Martin — Monatsch, f. Geb. 28. 1866. p. 168.
(2) Breisky — Krankheiten d. Vagina 1886. p. 69.

caso di notevole descensus di questo tratto della vagina, caso che fu rigorosamente esaminato: e se d' altra parte in casi di operazione non mi fosse occorso di notare nelle connessioni fra il collo dell' utero e la vescica un tale allentamento, da farmi ritenere come possibile l' eventualità di una procidenza di questa parte della vagina.

3. Alquanto più frequente della forma suddescritta dovrebbe essere quella in cui il fornice vaginale posteriore da solo fa sporgenza in vagina (prolasso della parete vaginale posteriore con enterocele vaginale

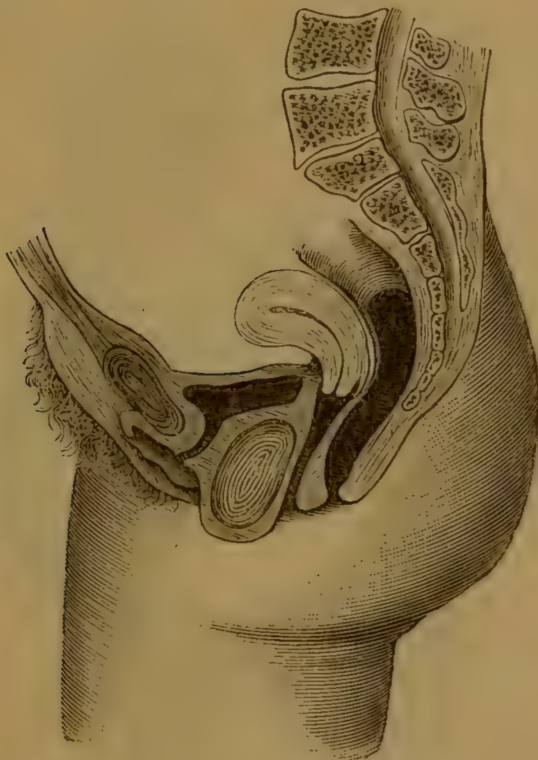


Fig. 52. — Prolasso della parete vaginale anteriore per tumore cistico della vagina.

posteriore). Senza che l' utero o la metà inferiore della vagina siano essenzialmente modificati nella loro posizione, il fornice posteriore viene depresso dalle anse intestinali che occupano lo spazio del Douglas (fig. 54). Con uno spostamento appena apprezzabile dell'utero io ho visto far sporgenza dalla rima vulvare un tumore grosso la metà di un pugno, derivante appunto da questo segmento della vagina e che corrispondeva perciò al prolasso della parete posteriore nella forma di un enterocele vaginale.

4. Indubbiamente più comune di tali forme, sempre rarissime, è la procidenza della metà o dei due terzi inferiori della parete posteriore. Per lo più, al di sopra di una cicatrice che occupa il posto del perineo estesamente lacerato, si vede da principio comparire un tumoretto formato dalla parete posteriore, nel quale si insinua un diverticolo della

parete rettale anteriore (fig. 55). Questo tumoretto può, del resto, crescere al di là della grossezza di un pugno, e contenere un ampio diverticolo della parete rettale disteso da accumulo di feci e di gaz (prolasso della parete vaginale posteriore con rettocele).

Di regola, queste diverse forme di prolasso vaginale si associano: però sono quasi sempre soltanto le pareti anteriore e posteriore che ne sono colpite. Non già che le pareti laterali siano fisse più tenacemente ai tessuti sottostanti, chè anzi, come lo mostrano le abbondanti pieghe,



Fig. 53 — Prolasso della parete anteriore con enterocele vaginale anteriore.

esse sono disposte al pari delle altre a tali spostamenti: ma manca per esse l'influenza di organi retrostanti che favoriscono in modo necessario la loro progressione, come accade invece per l'anteriore e la posteriore. Se vi si producono delle cisti od altri neoplasmi, esse si comportano affatto come abbiamo visto avvenire per le altre.

5. La parte superiore del canale genitale, l' utero, può in diverse maniere abbassarsi e far procidenza, da solo, oppure associato col prolasso della vagina. È però raro che l'utero rimanga inalterato nella sua forma, nella consistenza o nel peso, sebbene in certi casi vi si trovi un utero quasi in nulla alterato, tratto in basso fino alla rima vulvare dall'inversione della vagina. Per lo più sono i casi di ipertrofia del collo che danno luogo ad un prolasso dell'utero, (fig. 56). Questa ipertrofia

può colpire la porzione vaginale, o la così detta porzione media, cioè quella limitata da linee che dall'inserzione dei fornici anteriore e posteriore vanno perpendicolarmente al collo (v. fig. 57): oppure può limitarsi alla porzione sopravaginale. Tali ipertrofie possono determinarsi in modo primario per malattia del parenchima o della mucosa del collo stesso: più comunemente si determinano in via secondaria sotto l'influ-



Fig. 51. — Prolasso della parete posteriore con enterocele vaginale posteriore.

enza della trazione esercitata sul collo dalla vescica, che fu spostata in basso assieme alla parete vaginale procidente.

Gli allungamenti ipertrofici primarii del collo sono nel maggior numero dei casi dovute a malattie della mucosa. Ne sono prova quei casi caratteristici, in cui il prolasso si produce in modo acuto nell'acme del relativo processo infiammatorio. Io stesso osservai due di questi casi, uno in una ragazza isterica, ammalata pare in seguito a masturbazione: un altro in una contadina delicata con sospetto di tubercolosi. In ambedue si trovava, alla rima vulvare, un corpo rosso azzurrognolo, simile al glande del pene, sporgente anche per più centimetri all'infuori: una secrezione copiosa e tenue sgorgava dall' orificio che trovavasi beante su questo corpo. La superficie presentava delle abrasioni, e sanguinava facilmente al più leggiero tocco. All'estremità di questa capocchia, lunga circa 3 centim. si osservava in un caso una piega, corrispondente al-

l'orificio uterino a forza disteso: al di fuori si trovava, molto esteso in superficie ma inalterato, il rivestimento esterno della porzione vaginale, come nel caso figurato alla fig. 57. Nell'altro caso questa piega da un lato era lacerata, e tutta la superficie da questa parte appariva vivamente infiammata (fig. 58). L'inserzione del fornice anteriore si trovava in un caso a 5 centim. nell'altro circa a 6 centim. all'insù dell'estremo di questo organo simile per forma ad un pene. L'inserzione del fornice posteriore era di poco più in alto: tutto l'utero notevolmente ipertro-

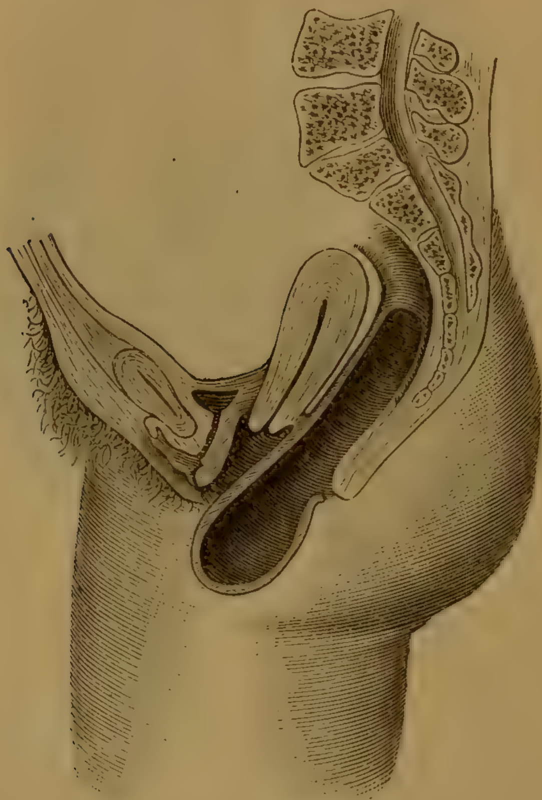


Fig. 55. — Prolasso della parete vaginale posteriore con rettocele.

fizzato trovavasi molto in basso nel bacino, ed in antiflessione. La lunghezza del collo in un caso era oltre 7 centim., nell'altro di 8,5 centim.

È raro che simili casi capitino presto all'osservazione. Così una parente di quest'ultima donna, che la accompagnò da me, presentava una notevole ipertrofia del collo con stenosi di alto grado di tutto il canal cervicale, talchè il collo, sebbene conservasse una normale configurazione esterna, arrivava fin dietro la rima vulvare, e alla parete anteriore misurava una lunghezza di oltre 4 centim. calcolata fino all'inserzione del fornice anteriore. Qui i fenomeni flogistici erano già da lungo tempo scomparsi, prima che la paziente, molto timida, si fosse adattata a lasciarsi visitare.

Il collo allungato, nel maggior numero dei casi di descensus o prolasso di questa parte dell'utero, si trova assai assottigliato, quasi atrofico.

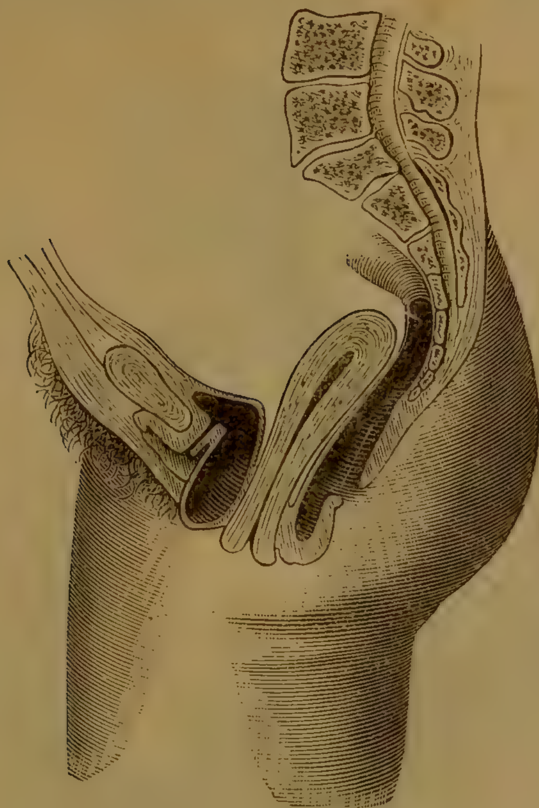


Fig. 56. — Prolasso della vagina e dell'utero con allungamento ipertrofico del collo.

Se questo sia uno stadio di regressione consecutivo alla tumefazione flogistica, o se la colpa della distensione e dell'atrofia spetti a trazioni da

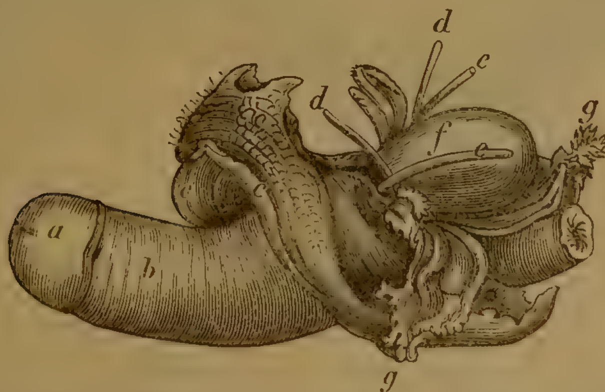


Fig. 57. — Prolasso del collo ipertrofico. *a*, porzione vaginale, *b*, vagina arrovesciata e collo ipertrofico. *c*, piccole labbra. *dd*, legamenti rotondi. *ee*, ureteri. *f*, vescica. *g*, fimbrie della tuba.

parte della vescica e del fornice anteriore, è cosa ancora in discussione. Molte volte si ritiene più acconcia quest' ultima interpretazione, che io

accolgo appunto per quei casi, nei quali il corpo dell'utero è in qualche modo fissato in alto all'ingresso del bacino, e non può cedere alla trazione esercitata dalla vescica. Spesso questa fissazione manca; per questi casi la spiegazione è poco attendibile, perchè una trazione può aver



Fig. 58. — Descensus dell'utero con allungamento della porzione sopravaginale ed ectropio delle labbra.

effetto sulla parte del collo aderente alla vescica, solo nel caso che il corpo dell'utero non goda della sua piena mobilità. Alla trazione della parete vaginale anteriore talvolta in questi casi obbedisce tutto l'utero in massa, senza subire mutamenti di forma. Del resto il pavimento pelvico si trova allora molto compromesso nella sua resistenza (1); il setto

(1) Schatz Congresso dei naturalisti in Freiburg 18 83.

rettovaginale è sostituito da qualche profonda cicatrice formatasi nel posto di una lacerazione perineale, e i singoli strati del pavimento pelvico ne risultano straordinariamente allentati e sconnessi.

Allora anche l'utero può benissimo discendere in antiflessione o in retroflessione, e lo si ritrova poi all'estremità del tumore, che ha raggiunto e superato un volume doppio di un pugno (fig. 59 e 60), sia con-

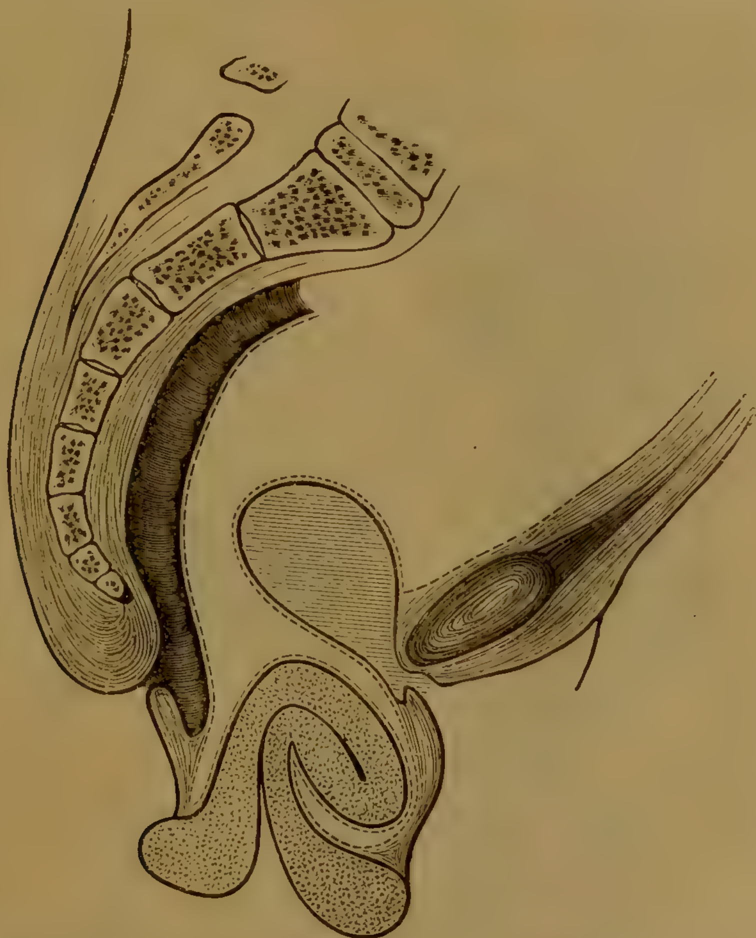


Fig. 59. — Prolasso dell'utero antiflesso, estropio dell'orificio uterino (da Freund).

servando la sua normale curvatura, sia accartocciato a guisa di corno col fondo spinto contro il collo, tanto che la vescica può aver perduto quasi ogni rapporto col collo. In altri casi l'utero si trova retroflesso, in tutte le possibili varietà di tale spostamento.

La vagina avvolge l'utero come un manicotto: nel vuoto che risulta dall'estroflessione possono accumularsi in copia le anse intestinali, ed io ne vidi degli esempii: anche le tube e le ovaie discendono in seno al prolasso, che accoglie costantemente la vescica e per lo più anche un voluminoso diverticolo del retto (1).

(1) Michelsen. Centralblatt f. Gynäk 1882, p. 65.

Mi è già occorso di notare esser cosa affatto eccezionale la produzione isolata di una delle singole forme di prolasso; di regola noi ne troviamo una combinazione, ed appunto la più frequente è il prolasso della parete vaginale anteriore con cistocele e descensus dell'utero con allungamento del collo.

Poi segue per ordine di frequenza la complicazione col prolasso

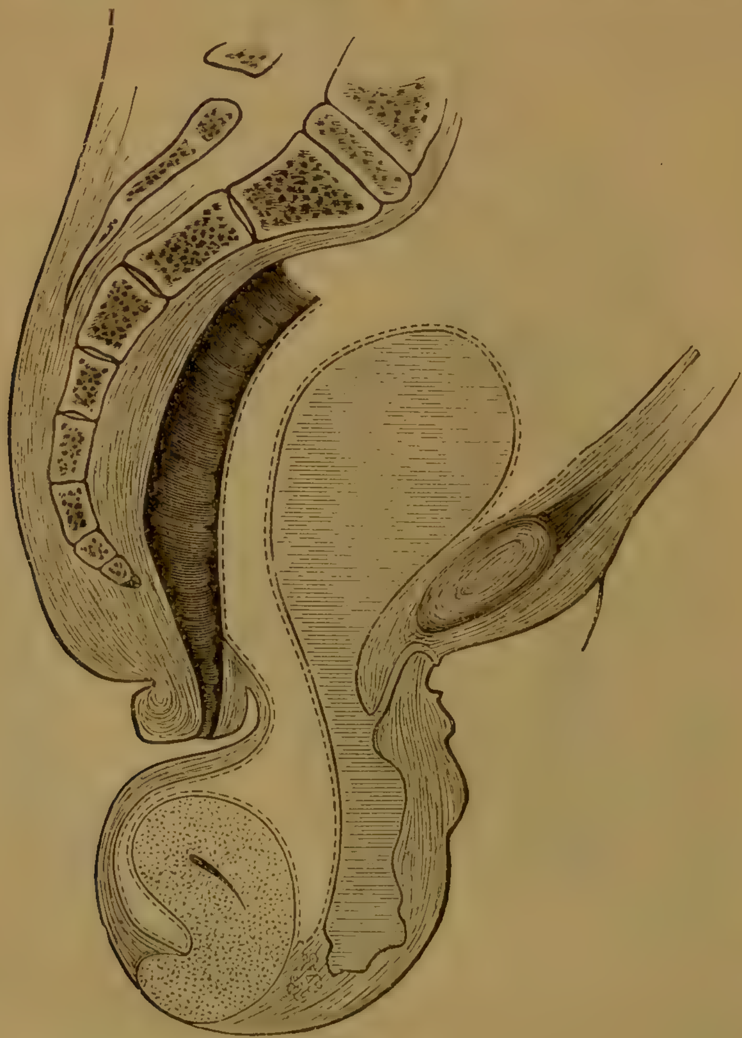


Fig. 60. — Retroflessione e prolasso dell' utero (da Spiegelberg).

della parete vaginale posteriore e col rettocele. In casi rari, anzi isolati, esiste solo il prolasso della parete anteriore con cistocele, o il prolasso dell'utero con arrovesciamento dei fornici, o il prolasso della parete posteriore. Quest'ultimo si trova ancora con frequenza relativamente discreta in donne di una certa età che, giunte all'epoca della menopausa, colla involuzione senile degli organi pelvici vedono aumentare il descensus fino allora appena accennato della parete vaginal posteriore, specialmente come conseguenza dei disturbi quasi inevitabili in questa età,

il torpore intestinale, la coprostasi, lo sviluppo di gaz nell'intestino. Non è sempre necessario che il perineo sia intaccato: ma è però sempre molto rilasciato, ed incapace di sopportare la pressione della parete vaginale che gli pesa sopra.

Le connessioni tra i diversi visceri possono variare ed assumere un aspetto affatto insolito; così in un caso io rilevai che la vescica non era al suo posto davanti all'utero, ma sovrastava a questo viscere, il quale, di discreto volume, era incurvato a guisa di storta; il catetere, che introdotto in vescica passava al disopra dell'utero, si poteva sentirlo senza



Fig. 61. — Arrovesciamento della vagina. Cistocele, rettocele. Prolasso dell'utero retroflesso.

difficoltà dal retto, attraverso ad un diverticolo assai estensibile della parete rettale anteriore, che si prolungava al disopra dalla faccia anteriore dell'utero (fig. 61).

Assai vario è il modo di comportarsi del peritoneo nelle diverse forme di prolasso. Il fondo dello spazio del Douglas scende fino sotto all'orlo posteriore del collo; ma in caso di notevole inspessimento del setto che sta sopra il fornice posteriore, lo si può trovare assai più in alto di questo. I legamenti utero-sacrali talora si avvertono come pieghe assai allungate e distese, talora si atrofizzano tanto da non esser più rilevabili nè colla palpazione, nè coll' osservazione diretta, come io potei constatare in un caso di estirpazione dell'utero prolassato. Analoghe oscil-

lazioni si trovano alla superficie anteriore dell'utero: anche qui la vescica può trovarsi unita su grande estensione al collo, o affatto sciolta da essa, tanto da venir appena in contatto coll'utero (vedi Fritsch l. c. p. 206).

Nel prolasso completo dell'utero i legamenti larghi e le tube si introflettono nella cavità che ne risulta. Fritsch fa notare, e le mie osservazioni concordano perfettamente colle sue, che gli stiramenti trasmessi al peritoneo trovano un limite a livello della linea innominata. Questo mi sembra degno di nota, perchè si è cercato di rendere responsabile la procidenza dei genitali, per stiramenti che si verificherebbero in alto nel peritoneo fino a livello dei reni. Contro all' accusa che il prolasso sia causa determinante del rene mobile sta anche la circostanza che i due stati si verificano ognuno per sè, e l'uno indipendentemente dall' altro, ed infine l'osservazione che, in caso di complicazione dei due stati, il rene mobile può preesistere da tempo, prima che si determini il prolasso.

La scomparsa del tessuto adiposo, gli stiramenti, gli spostamenti relativi dei singoli organi sono fatti che si verificano in modo quasi illimitato ed irregolare; una certa regolarità si trova solo nelle alterazioni della mucosa della parte prolassata. Verosimilmente, grazie al suo rivestimento di epitelio piatto ed alla scarsezza di elementi ghiandolari, la mucosa prolassata, anche in soggetti giovani, non di rado si prosciuga completamente, tanto che la sua superficie assume un carattere epidermoidale.

Anche la mucosa cervicale visibile nell'orificio uterino si prosciuga sotto l'influenza del contatto coll'aria, e se l'orificio aperto permette alla mucosa cervicale di estroflettersi, essa può perdere il suo epitelio cilindrico ed assumere pure carattere epidermoidale. Una tale modificazione nella mucosa estroflessa è abbastanza comune; in altri casi si determina solo dopo che il contatto coll'aria, cogli abiti, l'insudiciamento con feci, urina, polvere, sudore, abbiano dato luogo ad una intensa infiammazione. Da questo stadio flogistico acuto prendono eventualmente origine delle ulcerazioni profonde: le ulcerazioni delle parti prolassate hanno margini netti, talora tagliati a picco, mentre altre volte con contorno ondulato ed irregolare circondano delle isole più o meno estese di superficie ulcerata. Il fondo della piaga presenta per lo più granulazioni flaccide e infiltrazione profonda; sanguina al menomo contatto, e secerne un liquido sieroso appiccaticcio, che dà facilmente luogo ad aderenze della piaga colle biancherie o colle parti di pelle con cui essa venga per caso a contatto. In donne che abbiano poca cura della pulizia queste ulcerazioni sono ricoperte da croste fetenti. Guariscono anche spontaneamente dopo lunga durata, e possono dar luogo per retrazione cicatriziale ai più strani cambiamenti nel prolasso. Per quanto queste ulcerazioni siano ostinate, e per quanto la suppurazione e le emorragie possano imitare il quadro

clinico delle neoplasie maligne, pure è rarissimo il vedere una degenerazione maligna in organi prolassati.

Non esiste però, come un tempo si pretendeva, una immunità, perchè con altri io pure ho osservato due volte un carcinoma dichiarato su parti prolassate; è però sempre una fra le più rare complicazioni (1).

Lo sviluppo del prolasso è di solito graduale, come si può prevedere dai descritti rapporti. Rara l'insorgenza acuta: io ne ho veduto due casi, L'uno in una puerpera, che pare fosse prima perfettamente sana, e che, colta da violento catarro intestinale al settimo giorno dopo il parto, veniva improvvisamente colpita da deliquio durante una penosissima defecazione. Chiamato presso la donna che era in stato di grave collasso, trovai l'utero prolassato e per di più probabilmente uno stravaso sanguigno intralegamentoso, extraperitoneale. Io ridussi il prolasso, fec osservare il riposo, e potei osservare il riassorbimento dell'ematoma. Il prolasso completo si riprodusse, quando la donna tornò ad alzarsi. L'altra donna era già stata in mia cura per ritenzione di residui abortivi, rimossi i quali era completamente guarita. Circa sei mesi dopo, nel sollevare un grave peso, accusò vivo dolore seguito dalla formazione di un prolasso completo, con arrovesciamento della vagina. Anche qui, circa una settimana dopo, mi riescì di constatare la presenza di un ematoma; questo si riassorbì, ma il prolasso persistette; lo guarii con una opportuna colporrafia. Un anno dopo la paziente moriva per carcinoma a rapido sviluppo.

Esempi analoghi riporta il Fritsch (l. c.).

Nell'ulteriore decorso del prolasso non si verifica mai la guarigione spontanea, cioè il ristabilimento dei normali rapporti nel pavimento pelvico. Il primo stadio, il descensus uterino, può guarire spontaneamente o con cure opportune, che possono se non altro impedire un progresso nel male; ma una volta che il prolasso è uscito dalla rima vulvare, la guarigione spontanea è quasi impossibile. Una temporanea scomparsa si può avere negli ultimi mesi di gravidanza, o per lo sviluppo di tumori dell'utero, o delle ovaie, se queste sono aderenti coll'utero.

All'infuori di queste eventualità, nei casi più favorevoli si avrà una certa pausa nello sviluppo; ma assai più frequentemente un graduale aumento della procidenza, fino a completa inversione delle parti. Questo stadio estremo può essere impedito da aderenze, che fissino e mantengano l'utero nel bacino. La involuzione senile, che ha tanta influenza curativa nelle malattie dell'apparato genitale, qui ha l'effetto diametralmente opposto, perchè il riassorbimento di adipe, e la scemata tenacità dei mezzi d'unione fra le singole parti, danno luogo con quasi assoluta certezza ad una procidenza sempre più grave.

---

(1) Fritsch — l. c. p. 212.

La complicazione del prolasso colla gravidanza per solito non porta con sè quei pericoli che si sarebbe disposti a presagire dallo studio delle parti prolassate. Infatti il corpo dell'utero giacente nello scavo, di regola si sviluppa in alto verso il grande bacino, e trae in alto con sè la vagina prolassata ed il collo, sicchè queste pazienti non si sentono mai tanto bene come negli ultimi mesi di gravidanza. La loro speranza in una guarigione duratura è però abitualmente menzognera, perchè ad onta di ogni cautela, in un epoca più o meno avanzata del puerperio la vagina assieme all'utero torna a farsi strada dalla rima vulvare. È cosa eccezionale che la gravidanza non valga a ridurre in alto l' utero, ed allora, o insorgono fenomeni di incarceramento per aderenze al bacino, o, se tutto l' utero è fuori dai genitali, viene in scena quello stato mostruoso, in cui l'utero che accoglie l'uovo maturo, avvolto nella vagina arrovesciata ed enormemente distesa, pende fra le cosce della donna. Naturalmente in questo ultimo caso l'espulsione dell'uovo è affidata esclusivamente alla muscolatura uterina, e perciò si fa non di rado necessario il soccorso dell'arte.

Le cicatrici sul collo non costituiscono ordinariamente un grande ostacolo al parto. Se nel decorso della gravidanza l' utero prolassato si ritrae in alto in vagina, le cicatrici subiscono il normale processso di rammollamento. Se il collo resta fuori durante il parto, può insorgere una difficoltà speciale per l'ostacolo che oppone alla dilatazione e al passaggio della testa la superficie cicatriziale, asciutta, quasi cornea del collo, ostacolo che viene superato solo a spese della continuità di questa parete rigida e resistente. Ma anche qui una assistenza opportuna può ovviare a più gravi pericoli, come io stesso ho più volte osservato.

I *sintomi* del prolasso consistono dapprima in un senso di tensione, quasi che i visceri avessero tendenza a cadere, e nella conseguente incertezza nello stare e nel camminare, e in pari tempo sono difficoltate in alto grado le funzioni del retto e della vescica. Nella posizione sdraiata e spesso anche nella seduta questi disturbi in principio si dileguano quasi completamente: perciò le donne agli inizii del male, credendo che tutto si riduca a qualche trascurata regola igienica, non pensano a ricorrere all' aiuto del medico. Quanto più pronunciato si fa il prolasso, tanto più si accentuano questi sintomi, cui si associa il senso di esaurimento e la coscienza di essere o diventare impotenti alla generazione, persuasione questa che esercita una influenza tanto deprimente sul morale. Quale grado elevato possano raggiungere queste sofferenze noi dobbiamo arguirlo, non solo dai lamenti delle donne che ne sono colpite, che per lo più pur troppo finiscono col ricorrere per soccorso a qualche ignorante matrona o a qualche fabbricatore di strumenti, ma specialmente dalle relazioni di quelle che furono opportunatamente curate e guarite. In queste donne io ho sempre trovate le più riconoscenti fra le

mie pazienti. Certo che, di fianco a quelle rese assolutamente incapaci al lavoro ed impotenti, ne troviamo altre che sopportano il loro male, e che ne sono poco disturbate nella loro attività. Sono ben rare le donne che mi capitò di veder rassegnate senza alcun tentativo di riparare al loro male; si tratta di donne che devono con aspre fatiche guadagnarsi la vita e cercano di aiutarsi in modo caratteristico con fasciature e sostegni i più varii, quali solo può immaginarli il più fecondo spirito inventivo. Non è raro che donne in condizioni di minore indigenza, rese inette ad ogni occupazione per l'esistenza del prolasso, incapaci a muoversi, perdano la facoltà di digerire normalmente, e subiscano tale un deperimento fisico e morale da diventare di peso a sè e a chi le circonda.

La diagnosi del prolasso ordinariamente non urta in nessuna difficoltà, non solo se stando sulle generali si voglia stabilire l'esistenza di un descensus o di un prolasso della vagina o dell'utero, ma anche se si cerchi di definire i rapporti delle singole parti che compartecipano al prolasso. Si invitano queste pazienti, nel decubito dorsale, a premere fortemente, mettendo allo scoperto i genitali, per farsi un'idea generale del male. Talvolta nel timore di emettere con questi premiti delle feci o dei gaz la paziente si trattiene e il prolasso non si fa evidente in tutta la sua estensione: allora traendo sul collo con una pinza uncinata, ed aiutandosi eventualmente colla pressione di una mano all'ipogastrio, si aiuterà la fuoruscita della massa. Si stabilisce allora la posizione dell'utero e si misura colla sonda la cervice ed il corpo. Poi si esamina la posizione della vescica, cercando di stabilire col catetere la sua eventuale partecipazione al prolasso: quindi si esamina il retto e se sia interessato nella procidenza. Infine, ricacciata nel bacino tutta la massa, si constata ancora una volta la posizione dell'utero, si indaga lo stato del perineo, non trascurando i fornici e le pareti laterali della vagina. — Un esame di questo genere io lo ritengo indispensabile per poter risolvere sulla opportuna terapia.

La prognosi del prolasso, da quanto si è detto, non può esser buona finchè il male vien lasciato a sè: ma saremo invece in grado di emettere una prognosi assolutamente favorevole, appena queste infelici trovino il coraggio di assoggettarsi ad una cura razionale.

In riguardo alla gravezza del male, ed alle innegabili difficoltà che accompagnano la cura, è certo necessario di portare la massima attenzione alla profilassi della procidenza. Quando si ritenga impossibile di tener lontana la donna dall'eccessivo lavoro, si dovrà però sempre tentare di metterla in guardia contro gli sforzi fatti nel periodo puerperale, consigliarla a curar meglio la propria alimentazione appunto in questo periodo, e accelerare l'involuzione dei genitali col ricorrere presto all'uso di irrigazioni astringenti e di semicupii.

Questa cura si deve attuarla colla massima energia al primo accenno

ad un descensus della vagina e dell'utero. Se una lesione puerperale ci fa temere l'insorgenza di un prolasso, si cercherà di prevenirlo col nutrire cautamente la paziente, col procurare facili le defecazioni, col dirigere attente cure alle condizioni generali, coll'uso locale di mezzi astringenti. Fra questi ultimi metto in prima linea l'uso di irrigazioni vaginali calde a 40°, l'uso di preparazioni contenenti tannino, sia in forma di decozione di corteccia di quercia da aggiungersi ai semicupi ed alle irrigazioni, o in forma di tamponi con glicerina e tannino. I semicupii devono avere una temperatura di 26° R. e contenere una decozione di due manate di corteccia di quercia su un litro d' acqua. Di una tale decozione si può anche aggiungere un quarto al liquido da iniezione (1 litro d'acqua).

I tamponi di cotone disinfettato io sono avvezzo a farli preparare ed applicare dalle stesse pazienti; possono rimanere in posto la notte od il giorno, in tutto 10-12 ore. Ai tamponi si possono anche sostituire dei globuli di gelatina o di burro di cacao con aggiunta di acido tannico. Per rafforzare il tono nei tessuti afflosciati è utile l' uso dei semicupii freddi che io ottengo aggiungendo dell'acqua fredda alla tiepida durante il bagno. Quando la temperatura è scesa a 15° e 10°, vi tengo la paziente per 5-10 minuti, poi la faccio tornare a letto onde possa riscaldarsi.

Coll'opportuno uso di questi mezzi, col riposo di ore ad intervalli anche di giorno, colle cure necessarie, e prima di tutto coll'astensione dalle eccitazioni sessuali, in molti casi ho visto scomparire i sintomi iniziali di un prolasso, ed anche obbiettivamente ho constatato una guarigione completa per aumento nella resistenza del pavimento pelvico ed involuzione dell'utero e della vagina.

Di fronte ad una serie di simili successi, ho però anche veduto da un descensus stabilirsi un prolasso, nonostante tutte queste ordinazioni, della coscienziosa esecuzione delle quali mi resta però qualche dubbio, specialmente per quanto riguarda l'astensione dagli eccitamenti sessuali.

In donne che sono ancora nel periodo di involuzione puerperale o durante l' allattamento, od in quelle che ancora non si assoggettarono ad alcuna cura locale, io mi servo negli stadii iniziali del prolasso e nel descensus molto accentuato, delle irrigazioni di liquidi astringenti, e dei tamponi con glicerina all'acido tannico.

È necessario che la donna si astenga possibilmente dal lavoro, e rigorosamente dai rapporti sessuali. La sensibilità delle donne rispetto al descensus è delle più varie: alcune volte la paziente è talmente disturbata da un semplice descensus, da rendere urgente l'indicazione di una cura radicale. Una cosa da cui mi astengo sempre nel descensus della vagina si è l'applicazione di pessarii, poichè l'osservazione mi ha dimostrato che questi contribuiscono piuttosto ad una maggior accentuazione del prolasso, anzichè ad una soddisfacente ritenzione, o tanto meno poi ad una guarigione duratura.

Se il prolasso continua nel suo sviluppo, o se è già sviluppato quando la paziente si presenta alla nostra cura, a mio parere non si può rinunciare alla cura locale. Pur troppo però si fa quasi sempre una cura puramente palliativa. Anche ora, mentre esistono tanti esempii del successo della cura radicale, non solo persone anche dell'arte insistono sui suoi pericoli e sulla incostanza dei suoi effetti, ma parlano della sua inefficacia assoluta, cercando così di scusare la conservazione della terapia palliativa.

I pericoli della cura radicale io li nego senz'altro, sebbene qua e là sia accaduto che l'estesa superficie cruenta sia stata infettata da agenti settici. La incostanza del successo non si può negare, è però meno frequente di quanto si sente dire, e certo insignificante di fronte ai successi reali. Che i successi non siano generalizzati e sicuri come sarebbe desiderabile, anch'io devo ammetterlo. Certo in parte gli insuccessi trovano la loro causa nella tecnica imperfetta: più frequentemente nella speciale difficoltà della cura successiva. In queste due categorie però il numero degli insuccessi immediati va sempre più diminuendo. Un altro gruppo di insuccessi consiste nel riprodursi del prolasso in un tempo più o meno breve, dopo che le parti prolassate erano state ridotte con guarigione perfetta. Io ho veduto insuccessi di questo genere non solo nelle classi lavoratrici, ma anche in donne delle migliori classi sociali, non use al lavoro: ma però non superanti il 4 per cento dei casi.

Una simile percentuale non giustifica affatto la condanna che da molti è pronunciata contro l'operaziono del prolasso. Contribuiscono certamente a questi esiti infelici la floscezza di tutta la costituzione, l'esagerata distensione delle parti per rapporti sessuali, la mancanza di cure nel regolare le funzioni del retto e della vescica e così via. In molti casi di questo genere mi è riuscito di guarire il prolasso con una seconda operazione fatta a tempo opportuno. Altre pazienti, spaventate dall'insuccesso, non si sono più lasciate vedere.

Io che ho curato coll'operazione più di 250 pazienti, mi sono oramai pienamente convinto che in ogni caso si deve cercare di istituire la cura radicale, eccettuati solo quei casi in cui l'età avanzata, il deperimento delle forze, o la presenza di malattie costituzionali rendono dubbia la guarigione, o lasciano prevedere che il lungo riposo a letto indispensabile per questo metodo di cura riuscirebbe dannoso sotto altro aspetto alla paziente.

In base a questa esperienza io già da anni ho completamente abbandonato la cura del prolasso con sostegni di qualsiasi genere, ad eccezione dei casi indicati, e perciò mi credo esonerato dal dare quì una enumerazione dettagliata dello stragrande numero di apparecchi ideati a questo scopo (1).

---

(1) v. Franqué, Vorfall d. Gebärm. Würzburg, 1860. — Breisky, Prager med Wochenschr. 1884, 321. — Löhlein, Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. Berlin, 1885.

Nelle donne in età assai avanzata, o affette da gravi malattie, io consiglio l'uso di larghe bende che, passate fra le cosce, vengono assicurate ad una cintura, oppure faccio uso dei pessarii a peduncolo (fig. 62). Se ne sceglie uno di grandezza appropriata, lo si unge e lo si porta di fronte alla rima vulvare, in modo che il peduncolo resti in direzione orizzontale e trasversale davanti alla rima stessa, naturalmente dopo aver ridotto il prolasso e riportato l'utero in posizione normale. Poi si spinge l'anello in vagina, e quando ha sorpassato il terzo inferiore della vagina, lo si mette trasversalmente col peduncolo in basso.

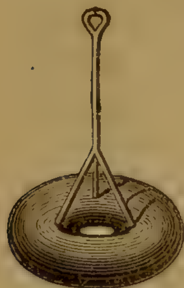


Fig. 62. — Pessario a picciuolo di Valleix e di E. Martin.

L'anello viene ad occupare la metà superiore della vagina, e il suo peduncolo pendente all'esterno gli impedisce di mettersi di coltello, quando le pareti anteriore o posteriore cercano di far procidenza, perciò non gli permette di uscire. Questi anelli si dovranno tener puliti mediante irrigazioni vaginali fatte regolarmente due volte al giorno con una soluzione disinfettante (io uso di far mettere 3 cucchiai di acido pirolegnoso in un litro d'acqua): è pure necessario passarli in rivista almeno ogni trimestre, estrarli (non però durante la mestruazione) e sostituirli con pessarii nuovi: di solito occorre un numero più alto, raramente uno più basso. Fu visto per l'azione comprimente del pessario venire in scena una peri-o parametrite, che può poi portare una guarigione completa del prolasso.

In tutti gli altri casi la terapia del prolasso deve consistere nella cura radicale. Io la ritengo indicata quando le pareti del canal genitale o l'utero hanno abbandonato il loro posto e sono scese in basso al punto da produrre notevoli disturbi, incapacità al lavoro, inceppamento insomma alla normale estrinsecazione delle attività vitali. Con queste indicazioni non si dovrà aspettare sempre finchè l'utero e la vagina facciano sporgenza a guisa di grosso tumore dai genitali; spesso la fuoruscita della vagina in modo da costituire un tumoretto grosso la metà di un uovo rende già le infelici pazienti incapaci al lavoro, e ne amareggia la vita: anche in questi casi ritengo perfettamente giustificata la cura radicale. Questa si deve sempre presupporre che sia intrapresa con ogni cautela, in modo da escludere una infezione settica. Allora la cura si riduce ad un piccolo sacrificio di tempo e di comodità, che va considerato come affatto subordinato di fronte al vantaggio che esso apporta alla paziente.

In origine la cura operativa del prolasso fu tentata nell'idea di restringere o di chiudere quasi completamente l'apertura, per la quale si faceva strada la massa procidente (1). Questo piano operativo non può

---

(1) Vedi per la storia delle operazioni in Hegar e Kaltenbach 3.ª Ed. e in Fritsch, l. c.

procuraro un esito utile duraturo, perchè se anche infine le parti cruentate dell'ostio vaginale fanno coalito, però questo tessuto è così distensibile da non poter fornire un appoggio durevole al prolasso. Io ho visto più d'una paziente in cui 15 o 25 anni prima era stata fatta una operazione di questo genere da diversi operatori: e mi ricordo specialmente



Fig. 63. — Operazione di Winckel.

di una vecchia signora a cui Busch nel 1855 aveva riunite trasversalmente nel loro terzo medio le piccole labbra. La paziente, ora, invece di un prolasso ne aveva due, essendosi la parete anteriore fatta procidente davanti al ponte, la posteriore dietro a questo, nella apertura che dapprincipio era certo piccolissima.

Altri scelsero a campo dell'operazione lo stesso canal vaginale. Si escidevano le masse ipertrofiche, sia attaccando i singoli tumoretti, sia distaccando grossi lembi. L'esito fu sempre transitorio, finchè si svilupparono dei veri metodi in tre diverse direzioni. Uno di questi metodi consiste nel restringere il lume della vagina nel suo terzo medio: Winckel da poco tempo ha ristaurato con successo questo metodo (fig. 63 e 64) (1).



Fig. 64. — Colporrafia post. secondo Winckel.

Egli disseca nel terzo medio della vagina una striscia larga parecchi centimetri da tutto il contorno del canale, lasciando intatta solo la parete anteriore per breve estensione. La superficie cruenta così ottenuta ha la forma di un anello quasi completo: le sue due metà vengono affrontate e suturate, e così si stabilisce in vagina un setto che ne riduce il lume ad una apertura della grossezza d'un dito, posta dietro la parete anteriore. Winckel ha poi

(1) Handbuch der Frauenkrankheiten. p. 299.

modificato questo procedimento, in quanto che egli non esporta tutto il lembo dissecato, ma ne lascia due segmenti di circa un centimetro alle due estremità, segmenti che, portati in avanti, vengono poi riuniti fra di loro.

Secondo le osservazioni di Winckel, questo setto vaginale ha soddisfatto in un certo numero di casi e per lungo tempo al cômpito, che da esso si richiede, di sostenere cioè l'utero ed i fornici; alcune delle donne così operate rimasero ancora gravide, e il parto in alcune avvenne senza rottura del setto; in altre, avvertita subito la lacerazione, si potè riunirla immediatamente, sicchè la guarigione del prolasso si protrasse anche al di là di un parto. Io ho usato cinque volte il metodo di Winckel, ma la guarigione o rimase incompleta per stiramento delle pareti, con riproduzione del prolasso, o, ottenuta la guarigione immediata, questa durava pochi mesi finchè, favorito dalla retrazione della cicatrice, il prolasso tornava a farsi manifesto.

Un altro procedimento è quello introdotto nella pratica dapprima da Neugebauer (1) e che, provato poi da diversi (2), ha pure dato risultati soddisfacenti. Questo procedimento consta di una chiusura della vagina sulla linea mediana, colporrafia mediana. Dalle due pareti anteriore e posteriore si escidono due lembi di eguale ampiezza, e si affrontano colla sutura le superfici cruentate (fig. 65 e 66); le due pareti fatte così aderenti e nello stesso tempo raccorciate tenderanno bensì a discendere verso l'introito, ma il prolasso non si riproduce. È innegabile che questo di Neugebauer è un procedimento relativamente assai semplice, e da due casi, uno operato da me, l'altro da altri e che io ebbi poi occasione di vedere, posso pienamente constatare la sua efficacia. Nel caso da me operato la superficie di affrontamento, di circa 6 cent., quadrati, era diventata così resistente da essere in grado di trattenere un prolasso di volume veramente straordinario. Questa colporrafia mediana agisce come una benda a *T* formata dal ponte fra la parete anteriore e la posteriore. Ma i due casi da me veduti giustificano perfettamente il rimprovero che si può fare a priori al metodo: le donne vengono per questa operazione a subire un debilitamento funzionale: vien loro tolta o almeno assai limitata la capacità alla coabitazione, sebbene in qualche caso, come riferisce Neugebauer, sia avvenuta la gravidanza. Bisogna che in questi casi i fenomeni del parto siansi verificati in modo eccezionalmente favorevole, sebbene in un caso l'ostetrico ignaro dei precedenti abbia inciso il sepimento, e in un altro questo siasi lacerato da sè.

Con questa colporrafia mediana si riuniscono parti, che fisiologicamente non hanno nulla a che fare l'una coll'altra: si fa forza alla na-

---

(1) Neugebauer figlio — Centralbl. f. Gynäk 1885. p. 6.
(2) Lefort — Ann. de Gynéc 1877 p. 299. — Spiegelberg 1872.

tura, mentre anche senza questa deviazione si potrebbe raggiungere lo scopo. Io perciò non posso accettare come un metodo da adottare in tutti i prolassi questo procedimento, se anche fra le mani di altri colleghi fornirà gli stessi risultati. Finchè riescono quei processi che lasciano intatti i normali rapporti delle parti, ad essi io darò la preferenza. Dove

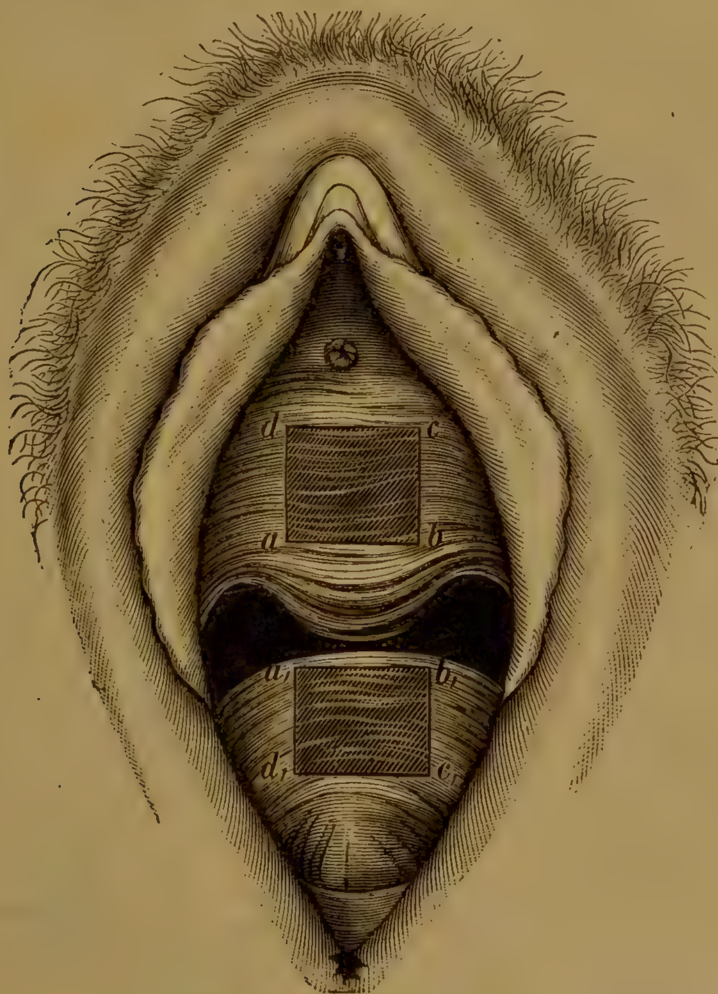


Fig. 65. — Cruentazione secondo Neugebauer.

questi falliscono, è certamente giustificato un tentativo col metodo di Neugebauer, e perciò la colporrafia mediana si può accettare e mettere in pratica come un'*ultima ratio*. La mia osservazione fu fatta su una donna che venne alla cura con un prolasso grosso più di due pugni: io le feci prima la colporrafia alla Hegar con risultato insufficiente, poi la operazione del prolasso col metodo che descriverò in seguito, ed ebbi completa riunione della ferita per prima intenzione e guarigione della donna, che contava 31 anni ed era molto robusta; la dimisi ed essa ripigliò il suo meschinissimo genere di vita. Il prolasso non stette molto a riprodursi, sia per la necessità di lavori faticosi, o per rozze manovre

da parte del marito, o per insufficienza di nutrimento. Prima che il prolasso ripigliasse la primitiva estensione, io feci l'operazione del Neugebauer. Dopo 6 mesi, passati fra le pareti domestiche, la paziente era molto soddisfatta dell'esito di questa operazione. La rima vulvare era beante, e vi faceva capolino la parte bassa delle pareti vaginali anteriore e posteriore, col loro ponte cicatriziale, ma nessuna porzione del resto del canal genitale; le aperture laterali erano di calibro minimo, nè peranco distese dalle coabitazioni. La donna dovette poi ripigliare i lavori più gravi; al primo tentativo di sollevare una secchia d'acqua si lacerò la cicatrice che sembrava così resistente. Io vidi le superfici ancora sanguinanti e ne potei constatare la notevole estensione. Il prolasso si era subito riprodotto nelle antiche proporzioni.



Fig. 66. — Colporrafia secondo Neugebauer.

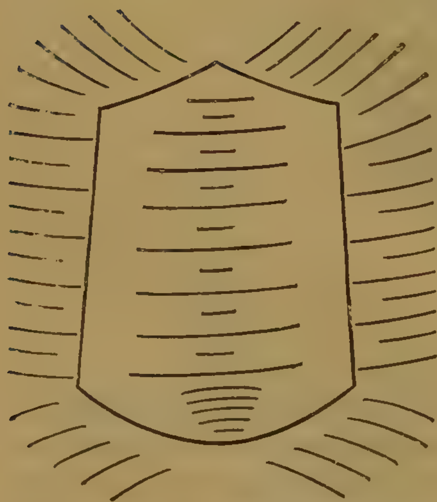


Fig. 67. — Cruentazione nella colporr. post. di Simon.



Fig. 68 — Colporrafia posteriore di Simon *a*, zoccolo formato colla parete posteriore.

Un altro obbiettivo si propone l'operazione ideata da Simon (1). Egli voleva specialmente rimuovere le parti ipertrofiche della parete anteriore,

(1) Prager Vierteljahrschr. 1875. — *Engelhardt* — Retention des Gebärmuttervorf. durch die Colp. post. Heidelberg 1871.

e quindi, mediante cruentazione della posteriore, formare uno zoccolo su cui dovessero riposare l'utero e la parete anteriore. Questa operazione di Simon riunisce perciò il processo di ristringimento della vagina, con quello che si propone di dare un sostegno all'utero ed agli altri organi procidenti (fig. 67 e 68). La cruentazione interessa la parete posteriore e le laterali; dalla linea mediana essa corre quasi perpendicolarmente alle pareti laterali, si tiene su questa a media altezza, dirigendosi all'avanti, e termina all'introito. La superficie cruentata viene poi chiusa con punti molto avvicinati, e forma sulla parete posteriore un rilievo, che fa forte sporgenza poco più in giù dei fornici, e in primo luogo fornisce certo un ottimo sostegno all'utero ed ai fornici stessi, poi oppone un potentissimo appoggio anche alla parete anteriore.

La cruentazione di Simon fu modificata dal Lossen (1), che diede maggior estensione al recentamento laterale nelle parti inferiori. Il procedimento operativo di Simon ha fornito i primi successi degni di richiamare l'attenzione; certo che esso fallì più di una volta ad altri operatori, ed anche dopo riuscita la riunione accadde più d'una volta che, per eccessiva retrazione cicatriziale, lo zoccolo formato venisse a perdere gran parte della sua primitiva importanza, tanto più se l'utero retroverso o retroflesso giungeva a cacciarsi dietro la parete anteriore, scivolando tra questa e lo sprone cicatriziale, ed insinuandosi così nel punto ristretto.

Anche Fritsch (2) ha suggerito recentemente un piano operativo analogo per la colporrafia posteriore (fig. 70). Col piegare ad angolo i margini laterali della figura di Simon egli si propone di prevenire quella tensione, cui dovrò accennare in seguito parlando della sutura alla Hegar. Fritsch stesso ammette che con questo metodo si forma in *d* una fossa ove facilmente può stagnare la secrezione. Ad ovviare a questi inconvenienti egli suggerisce delle accurate irrigazioni vaginali, che però formano una complicazione non piccola nel processo di guarigione.

L'aver dato più ampio svolgimento ai tentativi in questa direzione è merito di Hegar (3), che pel primo si rivolse a cercare la cura del prolasso nel formare un resistente pavimento pelvico. Anche Hegar comincia col rimovere il superfluo delle pareti laterali e specialmente della anteriore, poi cerca di ridurre la parete posteriore (fig. 71 e 72). Egli non vuole ottenere uno zoccolo su cui poggiare l'utero, ma collo stirare verso la linea mediana tutti i tessuti del pavimento pelvico vuol ristabilirne il tono, e nello stesso tempo ottenere una cicatrice così resistente che l'utero resti in certo qual modo fissato al disopra di essa, nè possa scivolare in basso. A questo scopo Hegar spinge la cruentazione nel fornice posteriore fino al collo, ed

(1) Ber. Klin. Wochenschr. 1879. N. 40.

(2) Lageveränd. u Entzünd. der Gebärmutter 1885. p. 239.

(3) Vedi: Operative Gynäkologie; vedi inoltre *Hüffel:* Anatomie und op. Behandlung etc. 1873; *Dorff:* Wiener med. Bl. 1879-1880.

escide così un lembo triangolare dalle pareti laterali e posteriore, lembo che fino circa a metà della vagina si tiene nella parete posteriore, di lì passa



Fig. 69. — Cruentazione di Simon modificata da Lossen.

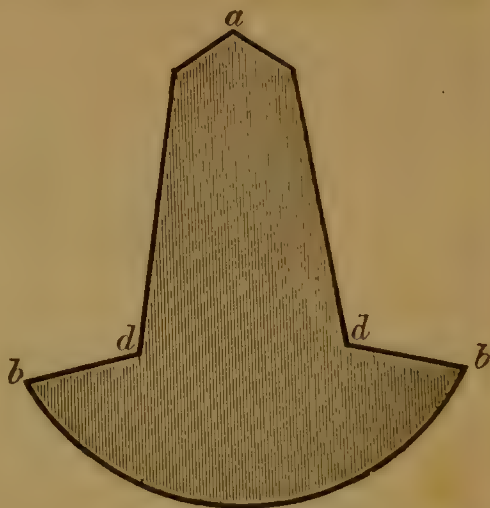


Fig. 70. — Colporrafia posteriore di Fritsch.

sulle laterali, e lungo queste vien condotto all'esterno. Il tratto recentato

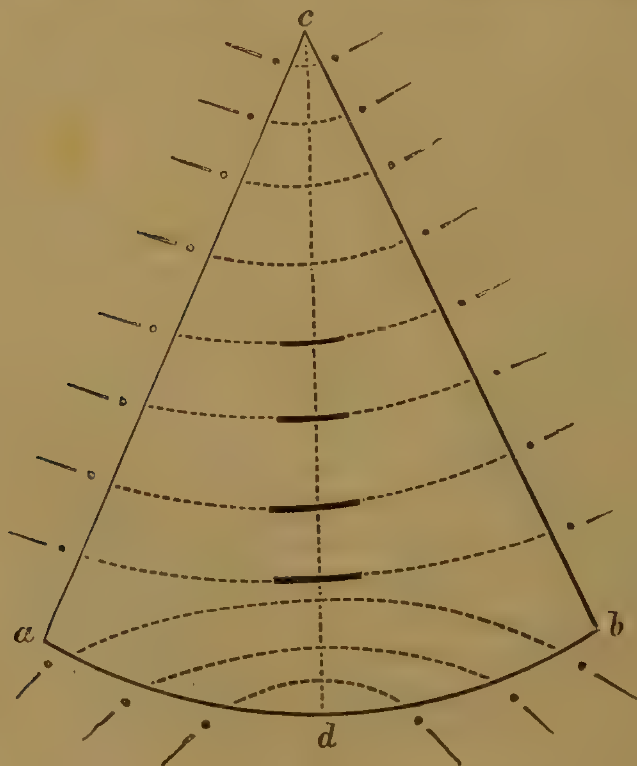


Fig. 71. — Colporrafia anteriore secondo Hegar.

vien chiuso con punti molto avvicinati e, se avviene l'adesione, si ottiene una cicatrice assai resistente che, nel mentre mantiene teso il pavimento pel-

vico, impedisco la discesa dell'utero. La cicatrice non è sempre completa, specialmente nel suo terzo inferiore. Nel punto ove essa è formata dall'addossamento delle pareti laterali, è esposta all'inconveniente che i fili tagliano i tessuti, d'onde difetti più o meno estesi. Il metodo di Hegar ha fornito un validissimo aiuto alla cura operativa del prolasso, ed io insisto oggi nel dichiarare che, per guarire il prolasso, dobbiamo occucuparci a rafforzare il pavimento pelvico ed a prevenire colla cicatrice la caduta delle parti situate in alto.

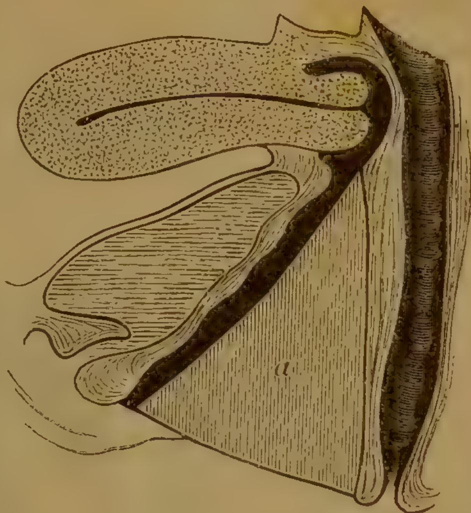


Fig. 72. - Colporrafia posteriore secondo Hegar.

L'apparecchio di chiusura della vagina, al cui ristringimento sembra ora dare speciale importanza anche Hegar, è per me di poco significato, perchè ho veduto completamente guariti dei casi in cui era affatto deficiente la chiusura della vagina, purchè il pavimento del bacino fosse mantenuto convenientemente teso.

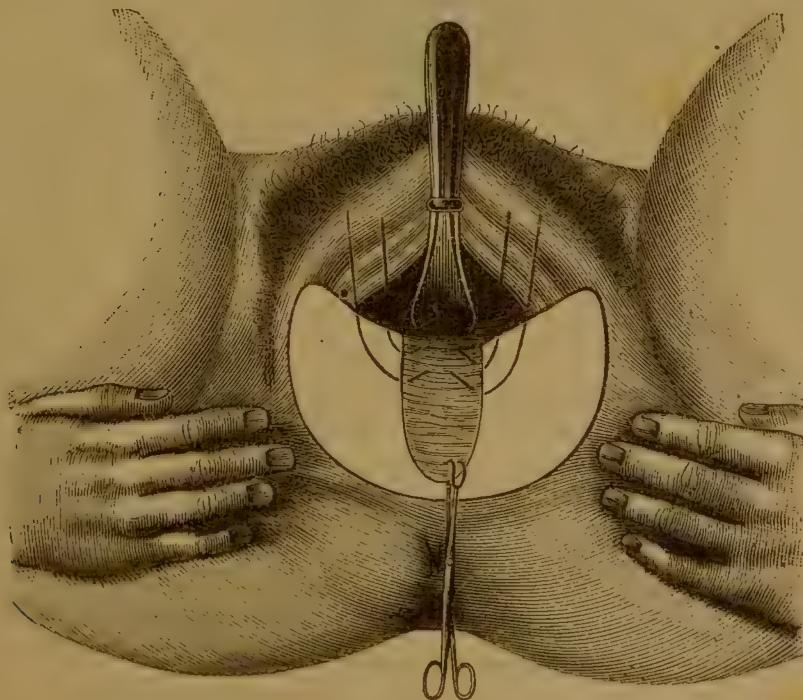


Fig. 73. — Colporrafia secondo Bischoff.

Pur troppo però anche col metodo di Hegar i risultati non sono stati costantemente felici anche fra gli altri operatori, ed è solo così che

si spiegano i tentativi fatti in altro senso. Una delle modificazioni più felici è indubbiamente quella di Bischoff (1), la cui figura di cruentazione rassomiglia essenzialmente a quella scelta da Hegar (fig. 73 e 74). La modificazione consiste specialmente in ciò, che la punta superiore del triangolo non viene escisa, ma, cominciando press'a poco dal livello in cui la figura di Hegar passa sulle pareti laterali, se ne forma per dissecazione una linguetta che si continua in basso in tutta la parete posteriore, e che risulta di tutto lo spessore della parete vaginale.

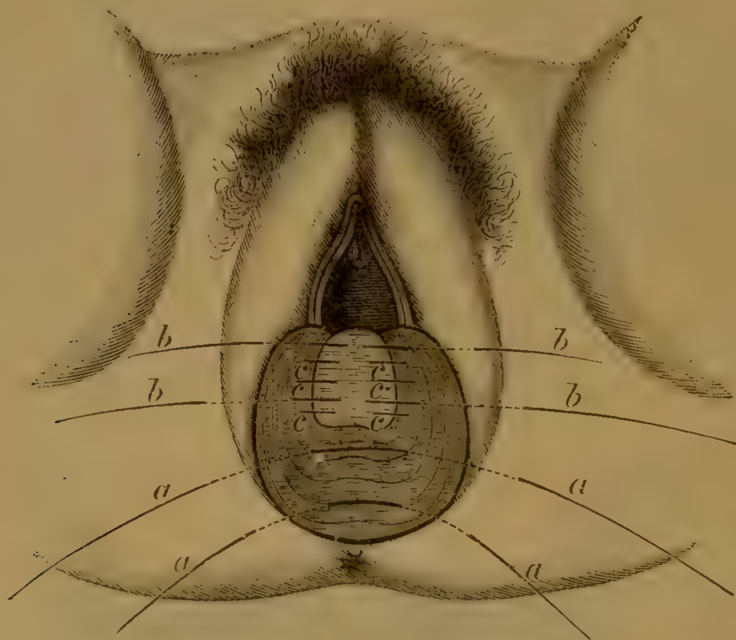


Fig. 74. — Colporrafia secondo Bischoff.

Si completa poi la cruentazione sulla parete posteriore e sulle laterali, tanto che alla fine, rialzando la linguetta scolpita sulla parete posteriore, si trova cruentata questa in circa due terzi della sua estensione, e le pareti laterali nella loro metà inferiore. Il lembo così scolpito, che in alto è in contatto immediato col fornice, viene cucito coi suoi margini ai margini laterali della superficie recentata, cioè alle pareti laterali della vagina: e lo spazio che risulta pel sollevamento di questa linguetta viene chiuso con punti profondi che partono dal perineo. A questo processo di Bischoff, che io ho usato in cinque casi, devo fare il rimprovero che la superficie cruenta è assai estesa, quindi spesso l'emorragia eccessivamente abbondante: che il lembo può cadere in gangrena e che, andando allora a vuoto l'operazione, come a me pure accadde, non restano menomati, ma certamente anzi aumentati i disturbi derivanti dal prolasso,

(1) *Banga* Inaug. Diss Basel 1875. *Egli Sinclair:* Corresp. Bl. f. Schweizer Aerzte 1877.

per lo meno nei casi da me visti. L'estensione della ferita e la facilità con cui vi si formano delle tasche, danno luogo a ritenzione di secreti, e possono perciò spiegare il mancato successo, tanto per me che per altri operatori.

Il non aver conseguito cogli indicati mezzi di operazione degli esiti regolari e soddisfacenti, mi condusse a battere una via alquanto diversa. Anch'io coi più ritengo insufficiente il limitarsi ad impiccolire alcune parti della massa prolassata. Ma anche il ristabilire l'apparecchio di chiusura o il rafforzare il pavimento pelvico non bastano: dobbiamo proporci possibilmente di correggere in una sola seduta tutte le alterazioni che si riscontrano. Non nego che la riduzione al fondo della vagina dell'utero fin allora prolassato ne determini di regola una estesa involuzione, ed anche la guarigione della tumefazione ed ipertrofia dell'utero; ma però sono del parere che in questo riguardo non sia da lasciar nulla al caso, e in principio della convalescenza sia importante il tener sollevata più che sia possibile da ogni carico superfluo la giovane cicatrice. Perciò io comincio l'operazione del prolasso coll'amputazione del collo per determinare l'involuzione dell'utero, se appena questo non è normale. Poi, se la parete anteriore non è perfettamente normale nella posizione e nella consistenza, ne recento una parte per liberarla dalle parti ipertrofiche, e darle la resistenza necessaria a sopportare la vescica e la pressione endoaddominale. Solo allora io passo, sempre nella stessa seduta, a rifare la parete posteriore allo scopo di stirare e tendere verso la linea mediana i tessuti costituenti il pavimento pelvico, e di formare delle cicatrici atte ad impedire all'utero ed ai fornici lo scivolamento in basso, attraverso alla fessura che la vagina forma nel pavimento del bacino, e nello stesso tempo atte a fornire un appoggio alla parete anteriore nel sostegno della vescica.

Si deduce da ciò che l'operazione del prolasso, da compiersi in una sola seduta, consta di tre tempi:

1.° quelle operazioni sull'utero che sono richieste nei singoli casi;
2.° la colporrafia anteriore;
3.° la colporrafia posteriore.

La paziente viene cloroformizzata (1); si intende dopo che le furono procurate scariche alvine e dopo una opportuna disinfezione. Vien posta nella posizione dorso-pelvica, colle coscie flesse, le gambe affidate a due assistenti, che hanno l'incarico di tenere gli strumenti per mettere in vista il campo operatorio (v. fig. 16).

Fatto il 1.° tempo, cioè amputazione od excisione del collo (vedi

(1) I tentativi per una anestesia puramente locale, p. es colla cocaina, non tolgono gli inconvenienti che risultano alla paziente ed al medico da una operazione che dura sempre una quarantina di minuti, e in certe circostanze anche assai di più.

Operazioni sull'utero) si passa al 2.° o colporrafia anteriore (fig. 75). Per distendere la parete anteriore della vagina si fa trazione sui fili non ancora tagliati che servirono alla sutura dopo l'amputazione del collo, oppure si impianta una pinza uncinata in vicinanza al collo o nel fornice



Fig. 75. — Colporrafia anteriore.

anteriore a seconda del caso. La parete vaginale viene poi fissata con altre pinze, di cui la superiore si impianta sotto il tubercolo uretrale; ad ogni lato nella piega di passaggio dalla parete anteriore alla laterale si impianta un'altra pinza, e fra i quattro strumenti si fa così distendere il campo dell'operazione (fig. 75). Poi si scolpisce un lembo ovoideo coll'estremo a ridosso dell'orificio uretrale, e che comprende in maggiore


Fig. 76. — Scalpello della Sig. Horn per colporrafia.

o minore estensione la parete vaginale anteriore, rimuovendo anche le pieghe ipertrofiche che si trovano così comunemente presso il meato urinario. Disegnato il lembo, si disseca la mucosa, ed io mi servo a questo scopo di un coltello a lama arrotondata, che è tagliente su tutto il contorno (figura 76). Questo scalpello ideato dalla signora Horn, che da tanti anni è la mia intelligente aiutante, permette di tagliare in ogni direzione, e mi sono deciso ad usarlo perchè i semplici bistorì finora da me usati in queste operazioni lavorano sempre colla punta, che presto perciò diventa smussa ed inservibile quando il resto del tagliente fu ancora poco usato. Come ho visto fare da Hegar, io disseco tutto il lembo in una volta, partendo dai varî lati e procedendo verso il centro. A questo scopo, mi servo di un istrumento pure ideato dalla signora Horn e riprodotto nella fig. 77. Il lembo vien fissato sui denti di questo strumento e poi arrotolato sull'asta: con ciò il tratto da incidersi viene teso in modo molto cómodo. Il lembo dovrà essere rimosso in un sol pezzo, poi con una forbice di Cooper si allontaneranno i frustoli e le disuguaglianze di tessuto rimaste. Di solito la superficie di sezione sanguina poco: io non amo allacciare i vasi che danno sangue, ma li faccio comprimere col dito da uno degli assistenti, e, se si può, comprimendovi sopra il lembo. Resa perfettamente liscia la superficie, io procedo alla sutura. Quando la ferita della mucosa è


Fig. 77. — Rastrello per arrotolare il lembo (Sig. Horn).

riunita linearmente, riduco l'utero e la parete anteriore della vagina: in questo bisogna aver cura che, se possibile, l'utero venga portato in posizione normale. Se ciò non riesce, ricorro anche alla sonda, per assicurare il raddrizzamento dell'utero.

Poi si passa al 3.° tempo o colporrafia posteriore.

Il mio piano di operazione si fonda sui rapporti fisiologici del canal vaginale. Il pensiero me ne venne, esaminando i disegni di Freund sulla plastica perineale (Congresso dei naturalisti di Wiesbaden 1873). Freund ricordava dapprima che nella forma speciale ad H del lume vaginale (fig. 78) i tessuti più resistenti vanno cercati alla parete anteriore ed alla posteriore; le pareti laterali sono residui dei tubi di Müller, la cui fusione sulla linea mediana dà luogo alle masse di tessuto riccamente attraversate da fasci fibrosi, che restano evidenti anche nella vita extrauterina sotto il nome di colonna anteriore (tubercolo uretrale), e colonna posteriore, fino a che le frequenti coabitazioni e i parti ripetuti non ne abbiano cancellate le rugosità. Ma anche scomparse le rughe della mucosa vaginale, in una sezione possiamo sempre apprezzare questi elementi fibrosi. In vista di ciò io faccio in modo che nella cruentazione della parete posteriore non vengano demoliti questi fasci fibrosi, come succede coi metodi di Simon ed Hegar, nè li isolo in un lembo come fa Bischoff.

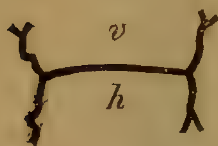


Fig. 78.

Piuttosto io approfitto di questi strati fibrosi per sostegno della neoformata parete vaginal posteriore; ai lati della colonna mediana incido la parete vaginale, e da ambo i lati esporto un lembo mucoso fino a metà altezza delle pareti laterali. Così si stabiliscono nella parete posteriore al disopra dell' introito due superfici cruente, che corrispondono press'a poco alla piega inferiore dei residui dei tubi di Müller. Chiudendo con suture queste ferite, i margini della colonna posteriore vengono portati a metà altezza delle pareti laterali; la colonna stessa coi suoi tessuti rigidi viene spostata in alto, e sta all'operatore l'adattare alle circostanze questa elevazione della parete posteriore.

Quando poi la vagina è ristretta in tal guisa, e colle cruentazioni laterali si è ottenuta una rigida retrazione dei tessuti del pavimento pelvico (retrazione che, andando suddivisa sui due lati, ostacola meno la guarigione che non nel caso si esercitasse su una sola linea), allora solo mi accingo a chiudere l'operazione con una adatta plastica perineale.

Perciò il mio metodo di colporrafia posteriore risulta da due tempi distinti, cioè una elitrorrafia doppia laterale, ed una perineauxesis. Per eseguire questa operazione io stiro in basso la parete posteriore e mantengo fisso l'estremo inferiore della colonna (α fig. 79). Anche nei prolassi di antica data si riesce a sentirla, se non superficialmente, almeno in profondità. L'estremo superiore di questa colonna lo fisso con una

pinza uncinata, come a fig. 79, o con due, delle quali una è visibile in x' fig. 80: così pure fisso il limite inferiore della cruentazione sulla parete laterale d'ambo i lati (fig 79 in 4, fig. 80 in y) press'a poco al limite inferiore del canal vaginale.

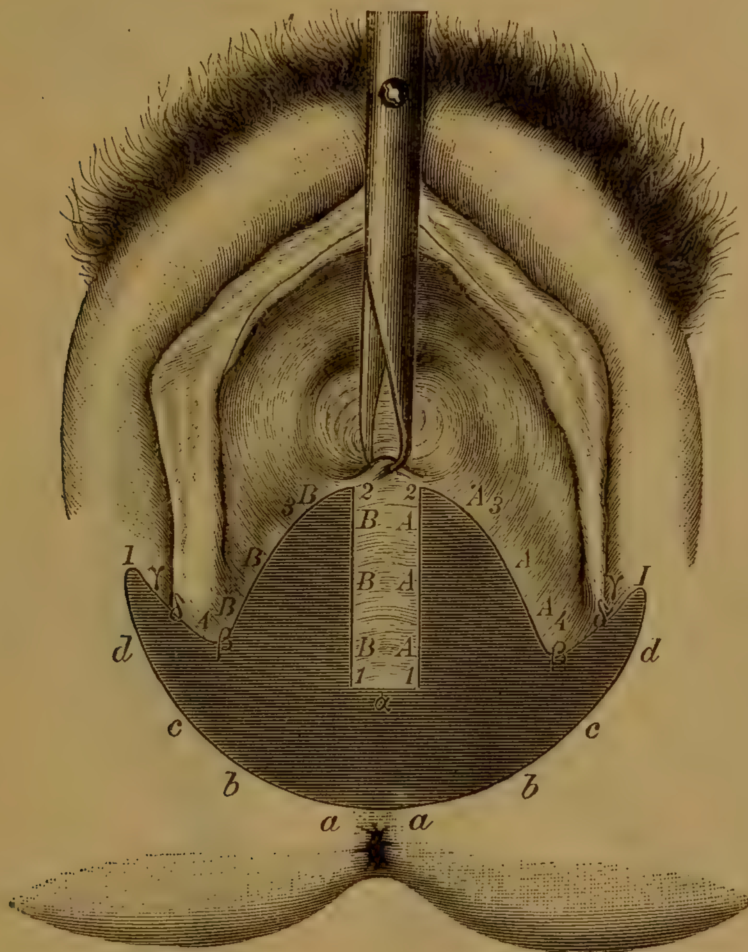


Fig. 79. — Cruentazione nella colporrafia posteriore.
1-2 Incisioni laterali alla colonna posteriore. 3-4 Incisioni sulle pareti laterali della vagina. *I*, Estremo della cruentazione alla vulva. *A-A*, *B-B*, *a-a*, *b-b*, *c-c*, *d-d*, β-α-β, δ-δ, γ-γ, indicano i punti che devono essere rispettivamente affrontati.

Cominciando poi da un lato, incido prima come alla fig. 79 da 2 ad 1 il margine della colonna dall'alto al basso, quindi limito la cruentazione all'esterno verso la parete laterale (fig. 79 da 3 a 4) fino ad arrivare all'angolo inferiore esterno, dove è infissa la pinza. Il triangolo di mucosa così delimitato (1, 2, 3 e 4 fig. 79) viene dissecato, e subito si procede alla riunione della ferita in modo da affrontare A con A (fig. 79). Nello stesso modo procedo dall'altro lato e, messa in posto la sutura, vengo a riunire B con B (fig. 81). Finita così l'elitrorrafia, si tolgono le pinze poste alle estremità di queste incisioni laterali.

Allora si comincia la perineauxesis coll'incidere trasversalmente la colonna posteriore a livello dell'estremo inferiore delle suture praticate (fig. 81 in III). Dalle estremità di questa incisione si prolungano d'ambo i lati altre incisioni che vanno press'a poco fino al limite inferiore delle piccole labbra (β-I, fig. 79 e 81 III-I). Infine per completare il lembo scolpisco una incisione alla commissura posteriore circondante l'ostio vaginale, coi suoi estremi agli estremi della linea precedente, cioè al li-

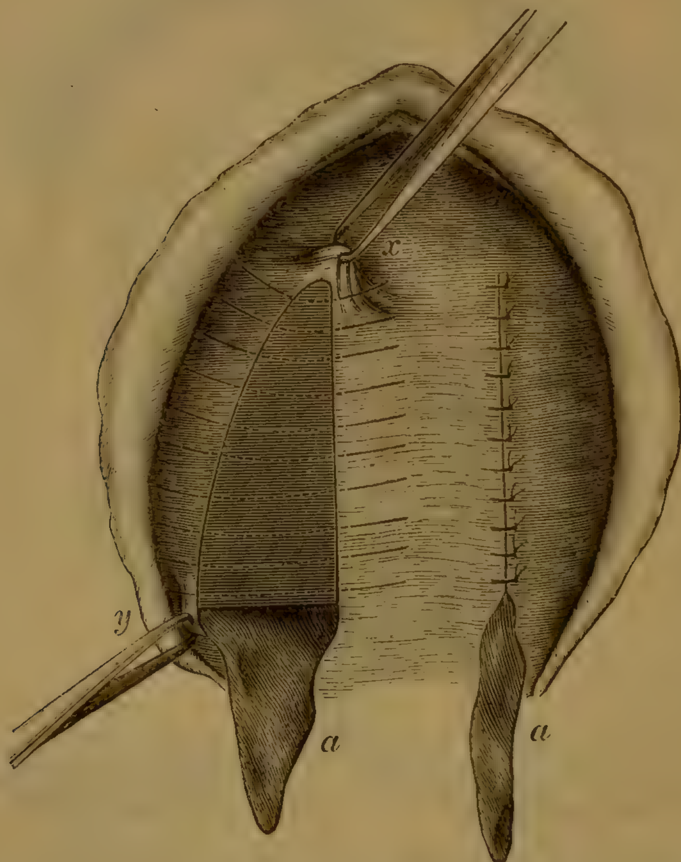


Fig. 80. — Prima parte della operazione di Martin. Elitrorrafia doppia laterale. *a*, lembi dissecati. *x*, pinza all' estremo superiore della colonna posteriore. *y*, pinza ai lati. La parte sinistra è cruentata e suturata: la destra è cruentata, coi fili in posto.

mite inferiore delle piccole labbra (*a*, *b*, *c*, *d*, fig. 79, e I-II, fig. 81). La superficie così delimitata viene cruentata, resa perfettamente regolare, e suturata.

La sutura si fa in modo da riunire dapprima le due incisioni delle pareti laterali (III-I fig. 81): per far ciò si impianta un filo robusto nella parete laterale, là ove corrisponde l'angolo fra la cruentazione vaginale e la perineale (α-β fig. 79 o III fig. 81). Il filo vien fatto passare nello spessore dei tessuti, e vien fatto emergere press'a poco sulla linea mediana al limite inferiore della colonna (α), quindi, impiantato di nuovo,

vien fatto passare sotto la superficie cruenta per uscire nel punto corrispondente dell'altro lato, all'angolo fra la cruentazione vaginale e la perineale. Allacciato questo punto, e coperto con questo e con un altro a ridosso di esso l'estremo inferiore della colonna, si procede a riunire tutta la superficie cruenta che sta nell' introito, andando fino alla fine β-α-β, γ-γ, I-I, *a-a*, *b-b*, *c-c*, fig. 81).

La paziente vien poi riportata in letto, tenendole le gambe riunite, senza necessità di una medicazione locale.

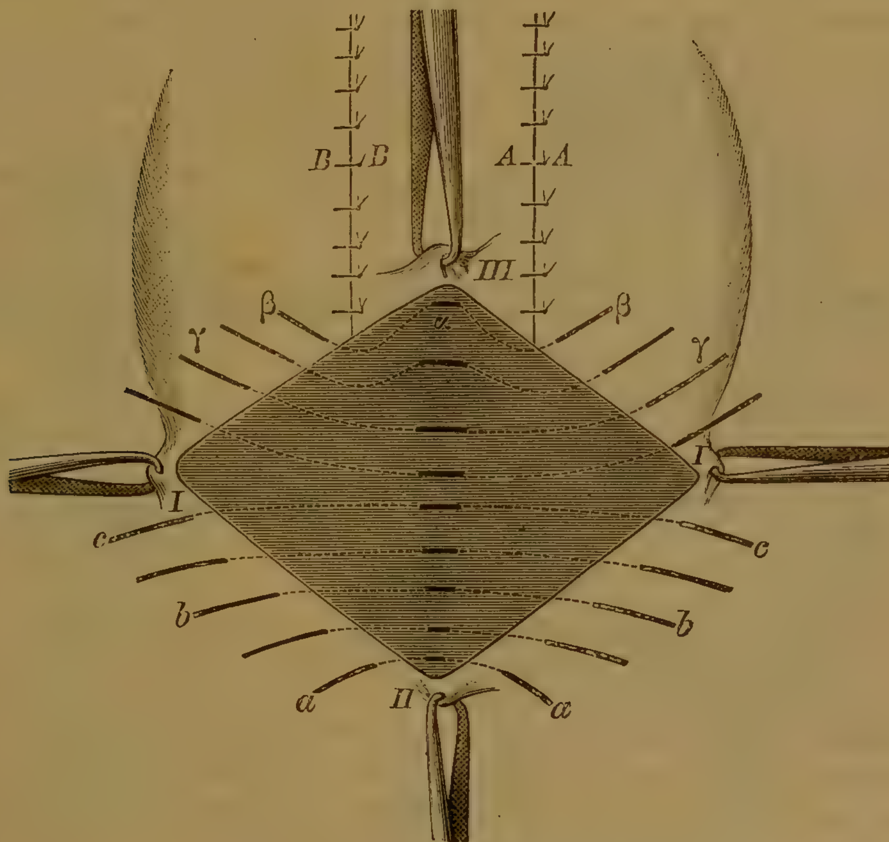


Fig. 81. — Seconda parte. Perineauxesis, dopo compiuta l'elitrorrafia. *I-I*, Punti estremi della cruentazione perineale. *II*, punto di mezzo dell'incisione alla commessura posteriore, appena al davanti dell'ano. *III*, Estremo inferiore della colonna posteriore.

Per la sutura, fino all'autunno del 1885 mi servivo di seta intrecciata (marca *Turner*) e posso dire che i risultati ottenuti furono costantemente buoni. L'inconveniente stava nel bisogno di numerosi aiuti per infilare ed approntare tutti questi fili durante l'operazione, ma più che tutto nella necessità di togliere poi i fili dalla vagina resa così angusta dall'operazione, il che non poteva accadere senza notevole incomodo per la paziente. Inoltre, se si trattava di donne provenienti da lontani paesi, vi era l'inconveniente del dover esse ripresentarsi dopo qualche mese, perchè i riguardi per la delicata cicatrice sconsigliavano dal rimuovere

troppo presto i punti. Perciò già in teoria sarebbe stato un grandissimo progresso il far uso di catgut. Ma i tentativi col catgut non furono felici fino a che per suggerimento di Schröder (Società di Ost. e Ginec. di Berlino 1885) (1) imparai a conoscere il catgut all'olio di ginepro preparato secondo la formola del Küster (otto giorni nel sublimato 1 : 1000: poi conservazione nell'olio di ginepro). Nello stesso tempo Schröder proponeva per queste plastiche la sutura continua. Nella Deutsche med. Wochenschrift N. 2 del 1886 io ho riportato 12 casi di applicazione della sutura continua col catgut alle operazioni di prolasso, riferendomi ad una comunicazione fatta nel Dicembre 1885 alla Società di Ostetricia e Ginecologia di Berlino. Da allora mi sono continuamente e sempre più convinto degli straordinarî vantaggi di tale metodo di sutura. È il solo metodo che io oggi adopero in vagina e nel profondo della ferita, mentre riservo eventualmente la sutura nodosa al catgut per il perineo. Colla sutura

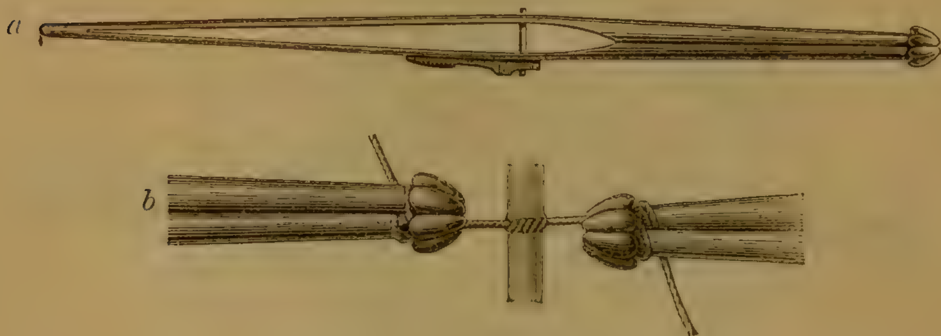


Fig. 82. — Pinza a torsione di Baumgärtner.
a, pinza a metà grandezza. *b*, i fili assicurati alle pinze.

continua si evitano, al pari che colla nodosa al catgut, gli indicati inconvenienti della sutura con seta: ed anche il pericolo di emorragia, cui io accennavo ancora nella mia comunicazione, col crescere dell'esercizio si è dissipato. Il modo di procedere è il seguente: l' ago, montato con un lungo filo di catgut, viene impiantato all'angolo superiore della ferita, fatto passare sotto i tessuti cruentati, e fatto emergere dall'altra parte a conveniente distanza; il filo si annoda allora in vicinanza al suo estremo libero.

Il capo più corto viene affidato ad un assistente, che per tenerlo fisso può giovarsi assai opportunamente della pinzetta di Baumgärtner (fig. 82 *a*).

Si tratta allora di cominciare una sutura profonda per diminuire la superficie della ferita; l'ago viene impiantato non più nella mucosa, ma in seno alla parte cruentata, e viene estratto sempre nel campo della

(1) Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Vol. 2.º p. 213

cruentazione, stirando poi fortemente sul filo. Poi, mentre l' assistente tien teso il filo, si procede nello stesso modo per un altro punto, e così via, finchè il fondo della ferita sia stato tutto riunito, da un estremo all'altro. Giunti all'estremità inferiore, l'ago vien fatto uscire attraverso il margine della mucosa. Se con questa sutura profonda la superficie fu ridotta tanto, che i margini mucosi si lascino facilmente portare a mutuo contatto, si compirà la loro riunione ritornando colla sutura conti-

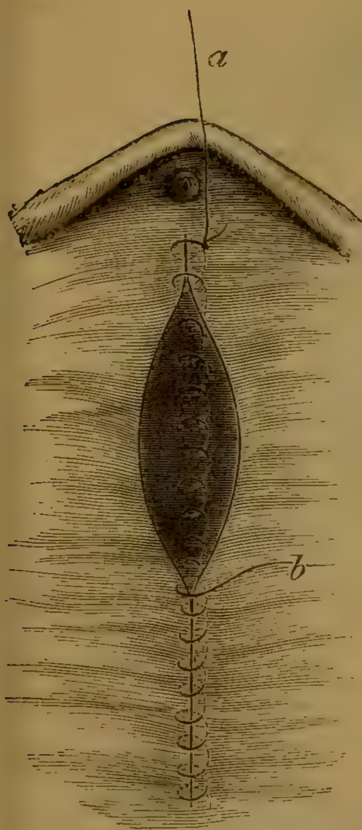


Fig. 83. — Colporrafia anteriore. Sutura continua a strati. *a*, Estremo superiore del filo. *b*, estremo inferiore.

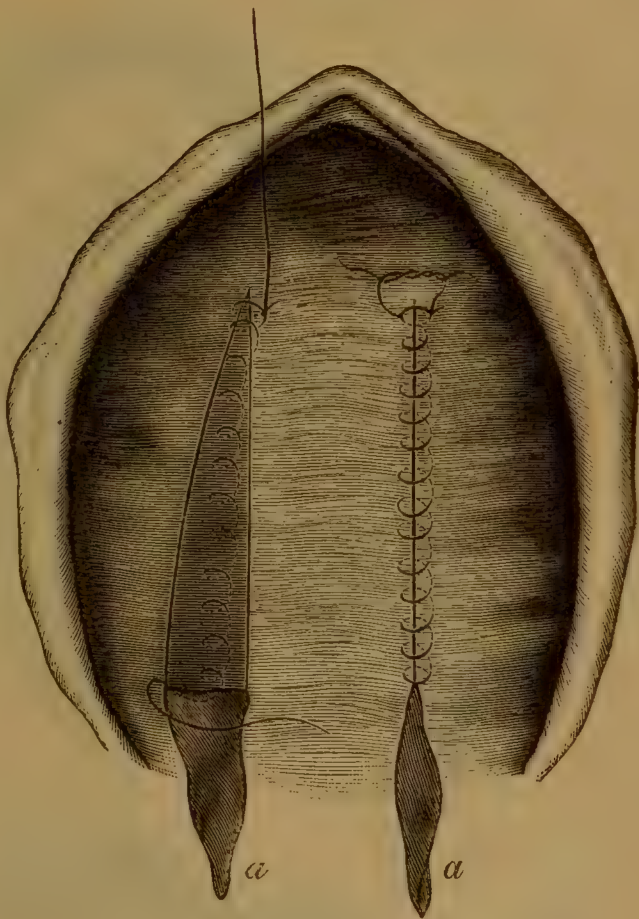


Fig. 84. — Prima parte della operazione di Martin, con sutura continua a strati. *a*, lembi dissecati.

nua sui propri passi dal basso all'alto, ma impiantando ed estraendo l'ago questa volta dalla mucosa. L'estremo del filo si può annodare con quello che era assicurato alla pinza, oppure ricorrendo al nodo dei veterinarii, annodando cioè la parte di filo che sta presso all' ago, con quella porzione che si trova al di là della sua finestra (fig. 83, 84, 85, 86).

Se, fatta una sutura profonda, la superficie cruentata è ancora troppo ampia, sarà facile fare un secondo piano di sutura che ci riconduce all'angolo superiore, per poi di là ridiscendere ad avvicinare i margini

della ferita. Tali suture a piani concedono un facilissimo adattamento delle superfici, ed, evitando la tensione, garantiscono in modo completo la guarigione. La sutura di Werth a punti di catgut perduti diventa così superflua (1). Quanto più va avanti la sutura, si tolgono mano mano le pinze uncinate, cominciando da quelle poste ai lati. Talvolta il filo di catgut fu preso di lunghezza insufficiente: allora si può impiantare un



Fig. 85. — Sutura continua a strati nella perineauxesis.

altro filo un po' più in su, ed annodarlo col primo, oppure si annoda definitivamente il primo, e si comincia ex novo la sutura con un secondo filo. È raro che il catgut all'olio di ginepro si rompa per le trazioni, ma piuttosto per un contatto anche lieve col bordo dell'ago. Non per questo è perduta la parte di sutura già fatta. Si cerca il capo del filo, si tira su di esso, e lo si annoda col nuovo filo che si fa passare sotto la sutura già fatta. Se la superficie è ridotta tanto che i margini vengono a mu-

(1) Centralbl. f. Gyn. 1879 n. 23.

tuo contatto, si può compiere la chiusura della ferita con punti di sutura nodosa.

Lauenstein ha fatto la proposta (Centralblatt f. Gynäkologie 1886, n. 4) di tenere i fili subito al disotto della superficie, in modo che la continuità dei margini della ferita non sia interrotta all' esterno da alcun filo, nè da alcun tragitto d'ago. In un tentativo fatto, il procedimento mi parve troppo complicato, e d'altra parte le conseguenze sono di così poco conto, da consigliarci di evitare ogni lungaggine.

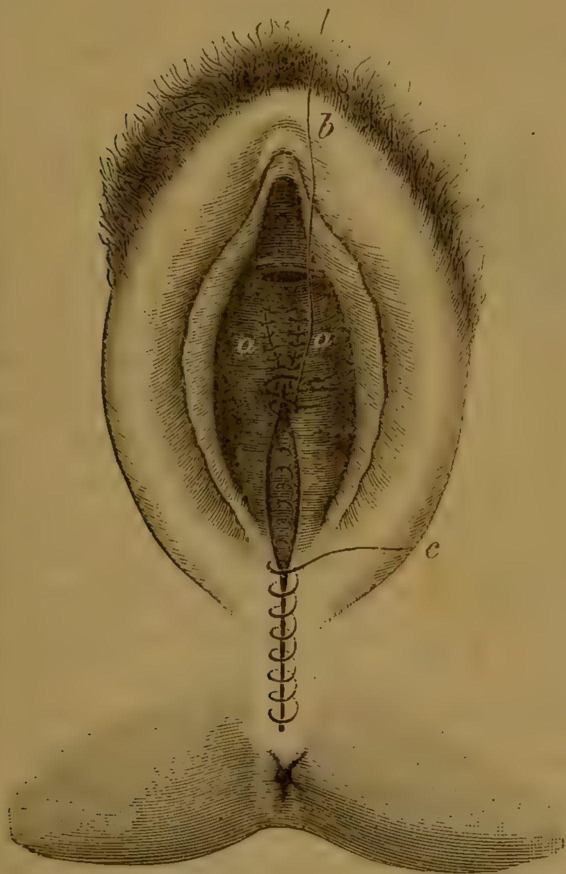


Fig. 86. — Seconda parte dell'operazione di Martin. *aa*, Elitrorrafia laterale doppia. *b*, Capo superiore del filo. *c*, Capo inferiore.

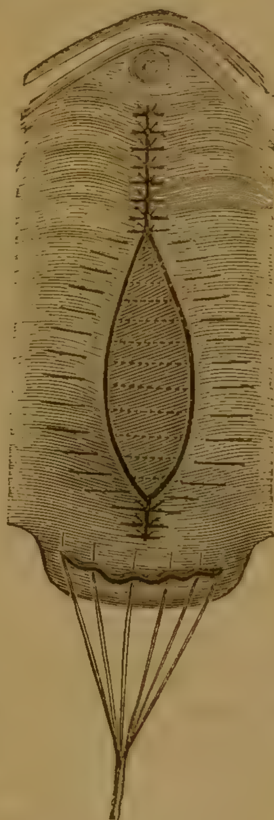


Fig. 87. — Sutura nodosa nella colporrafia anteriore.

Il decorso della sutura nella colporrafia anteriore è rappresentato dalla fig. 83.

È utile di non fare cruentazioni troppo estese, perchè si troverebbero difficoltà nella riduzione, e la parete anteriore verrebbe eccessivamente stirata. Usando la sutura nodosa colla seta si comincerà di regola dall'alto. Si mette alternativamente un punto profondo sotto tutta la ferita, ed uno più superficiale; i fili si annodano subito e si fa colla massima rapidità la chiusura della parte cruentata:

Quanto più questa va diminuendo, tanto meno necessario diventa il tenderla colle pinze uncinate, che perciò vengono tolte cominciando dalle laterali. Se non si riesce a stringere un punto profondo in modo di portare i margini a mutuo contatto, e si vedono i tessuti tendersi in modo compromettente per la guarigione, si seguirà il consiglio di Hegar, ponendo sopra e sotto al punto profondo delle suture superficiali, e, avvicinati con queste i margini, si annoderà il punto profondo (fig. 87). Con questa sutura si ottiene una ferita lineare riunita da un gran numero di fili. Si tagliano poi corti tanto questi, quanto i fili posti sul collo in seguito all' amputazione, e si riduce l' utero colla parete anteriore della vagina, ponendo cura speciale alla posizione che assume l'utero.

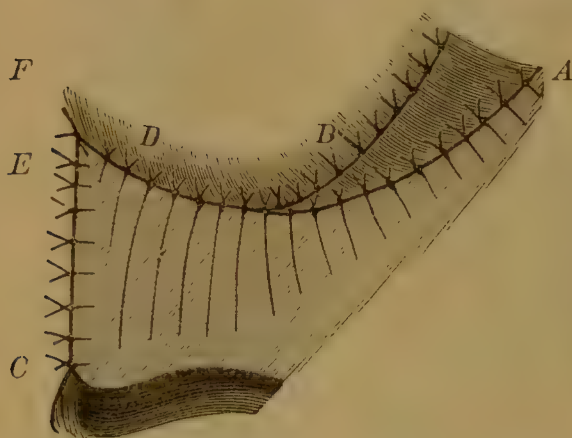


Fig. 88. — Risultati della colporrafia posteriore di Martin, in profilo. *A-B* Elitrorrafia, *D-F* e *C-E-F* Perineauxesis.

Col mio metodo di colporrafia posteriore, ed usando la sutura continua al catgut, è meglio chiudere immediatamente, ciascuna per sè, ognuna delle superfici cruentate. Perciò prima A, poi B nella fig. 81. Per far seguire alla elitrorrafia la perineauxesis, ricorro ancora come punto di passaggio ad un filo di seta (β — α — β fig. 81), che viene introdotto a sinistra verso l'estremo di A nella parte laterale, decorre nello spessore dei tessuti fino all' estremo della colonna posteriore, qui vien estratto ed infisso di nuovo, per riuscire alla parete laterale, all'estremità di B.

Questo filo deve sopportare una forte trazione, ed eventualmente il rinforzo con un altro in grande vicinanza. Solo in γ od anche al punto successivo si comincia colla sutura continua, e di qui si decorre con un piano profondo fino in vicinanza all'ano. Per lo più occorre un secondo piano in direzione opposta che risalga fin verso la vagina; solo allora si potranno collo stesso filo riunire i bordi della ferita.

Il filo dovrà annodarsi all' esterno, appena al disopra dell' estremo inferiore della cruentazione. Se la perineauxesis ha poca estensione, finito il primo piano si possono già riunire i margini, ed allora il nodo cadrà in alto verso la vagina.

Usando la sutura con seta si porranno i punti in A e B nel solito modo: in α e β come abbiamo or ora descritto, poi regolarmente in γ, δ, ε, ecc. (fig. 81).

I capi del filo si taglieranno molto brevi: eventualmente l'ago si farà

emergere sulla linea mediana per infiggerlo di nuovo, affine di evitare che si comprenda troppa massa di tessuto in una volta. Chiuso l'introito fino a livello delle piccole labbra (fig. 81), nel prolungamento del rafe perineale resta una fessura superficiale, a chiudere la quale basta un piccolo numero di punti superficiali (*a*, *b*, *c*, *d*, fig. 81). La sutura finita presenta l'aspetto della fig. 88.

Tutta l'operazione si fa sotto una irrigazione permanente con una soluzione tiepida allungata di acido fenico (1 e mezzo per cento) o di sublimato corrosivo (1 su 10000). Non ho veduto da questa pratica risultare alcun inconveniente, trovo anzi che, sotto il getto continuo, il campo dell' operazione si presta assai bene a tutte le nostre manipolazioni.

La cura consecutiva sarà possibilmente aspettante. Per tre settimane le pazienti saranno mantenute rigorosamente nel decubito dorsale, colle gambe tenute unite da un giro di fascia. Per soddisfare ai bisogni corporali dovranno ricorrere alla padella, e se vi è difficoltà ad urinare si farà da mano esperta e cautamente il cateterismo. Dal quarto giorno si promuoveranno le defecazioni con olio di ricino. La vagina non dovrà essere lavata, ma ogni volta che la donna ha urinato si laveranno i genitali esterni, divaricando di poco le gambe. Le linee di cicatrice restano allo scoperto. 12 o 14 giorni dopo si tolgono i punti esterni, se la sutura fu fatta con seta (da F a C, fig. 88), lasciando la donna in posizione dorsale, e si fa poi anche una irrigazione vaginale. Dopo il 20.° giorno si permette alla donna di sedere, al 21.° o 22.° di alzarsi. Di solito le pazienti risentono per un po' di giorni gli effetti di questa lunga degenza a letto, ma si vedono poi riaversi assai rapidamente, quando la scomparsa degli antecedenti disturbi permette loro di muoversi con assai maggior libertà. Il filo unico o doppio della sutura continua può togliersi facilmente dalla vagina al 24.° o 25.° giorno: nelle suture nodose non ho tanta fretta. Nei primi tempi tolgo colla massima prudenza i punti alla parte bassa della vagina fino a che sono accessibili; quelli posti sul collo e sulla parte alta della vagina possono lasciarsi per mesi, finchè la cicatrice sia consolidata, e non corra pericolo di lacerarsi se la vagina viene distesa da uno speculum. — L'irrigazione continua durante l' operazione spiega la rara insorgenza di processi di decomposizione e di febbri operatorie. Ma se anche qualche cosa di consimile si avverasse, io lascio tranquilla la paziente, perchè, nel presupposto che nessun materiale settico sia stato portato nella ferita, non si vorrà disperare senz' altro della riunione di essa, anzi io ho veduto, nonostante elevazioni termiche di una certa durata, aversi tuttavia la riunione per prima intenzione, sicchè devo decisamente dissuadere in questi casi dal dare troppo presto per perduto il risultato dell' operazione. Se la riunione non avviene, si potrebbe ancora, secondo J. Veit, sperare la guarigione dal coa-

lito delle superfici granulanti (1). Io ho una sola esperienza in proposito, ma anch'essa sfavorevole.

È soltanto due mesi dopo l'operazione, che di regola le donne ripigliano piena libertà di movimenti. Si raccomanderà caldamente di evitare per un tempo ancor più lungo i rapporti sessuali, e di astenersi da lavori troppo faticosi. Del resto quando le pazienti vengono dimesse allo scadere della quarta settimana dall' operazione, io insegno loro a farsi, colle debite precauzioni, delle lavature vaginali, aggiungendo all' acqua dell'acido pirolegnoso rettificato, o qualche altro blando disinfettante od astringente. Prima di altre quattro settimane non si prescriveranno semicupii, che tornano del resto molto graditi alle pazienti.

Il metodo operatorio indicato merita, secondo me, la preferenza sugli altri finora conosciuti, perchè si fonda direttamente sui rapporti anatomici delle parti. Del resto l'operazione non è più complicata che cogli altri processi, anzi è più semplice, perchè le superfici da cruentarsi nei singoli tempi dell'operazione sono più piccole. Perciò anche il meno esercitato correrà in minor grado il pericolo che i margini della ferita non si lascino portare a contatto. Questo processo è anche meno grave, perchè essendo piccola la superficie cruentata in ognuno dei tempi dell'operazione, si potrà più facilmente evitare una eccessiva perdita di sangue. Infine la cicatrizzazione in vagina avviene colla massima regolarità; ciò è già un gran vantaggio, anche se fallisce la riunione sul rafe perineale, come può benissimo accadere per qualche incidente, se per es. una malata impaziente si mette troppo presto a sedere, o per inabili manovre da parte del personale di guardia.

In una comunicazione alla Società di Ostetr. e Ginecol. di Berlino nel giorno 11 dicembre 1885 io ho riferito i risultati fornitimi da questo processo (v. Deutsche med. Wochensch. n.° 2, 1886). — Completando le cifre di questa relazione coi casi avvenuti fino al momento della stampa di questo libro, io conto 42 operazioni alla Hegar, 2 col metodo di Winckel, 5 alla Bischoff; 220 volte ho eseguito l'operazione del prolasso secondo le mie idee, e specialmente col processo di colporrafia posteriore da me proposto. Nel 4 °[o appena dei casi l'utero era tanto normale da non richiedere alcuna cura; l'endometrite, la metrite, le alterazioni di forma e di posizione furono opportunamente curate, ed 11 volte si aperse in ciò fare lo spazio del Douglas, senza che ne risultasse alcun inconveniente: 17 volte prima dell'operazione sulla vagina si fece amputazione del collo e raddrizzamento dell'utero, ottenendosi una cura definitiva della retroflessione esistente. Negli altri casi (più del 90 °[o erano accompagnati da retroflessione) questo spostamento presto o tardi si riprodusse, ma solo 5 volte si dovette ricorrere a pessarii, mancando negli altri

(1) Deutsche med. Wochenscrift 1881, pag. 380

ogni molesto sintomo. In 3 donne l'utero era disceso così in basso nel sacco vaginale arrovesciato, che solo colla esportazione totale per la vagina seguita da colporrafia si potè ottenere una ritenzione definitiva.

Nella colporrafia anteriore io do maggior importanza al rafforzare la parte bassa della parete che non il fornice: in ogni caso esporto le pieghe ipertrofiche in vicinanza dell'uretra, e non faccio in genere una cruentazione molto estesa.

Rarissime sono le emorragie secondarie, se le superficî sono perfettamente adattate a mutuo contatto. Ciò non riesce difficile colla sutura nodosa; colla sutura continua è necessario esercitare una opportuna e forte trazione sul filo; ma nei punti ove trovansi grossi vasi varicosi presso alla superficie, che possono venir trafitti coll'ago, sarà bene mettere un paio di punti in seta robusti, che abbraccino tutto lo spessore dei tessuti.

In 7 casi su 271 si sviluppò una parametrite più o meno estesa con elevazione termica persistente: e di questi 7 casi, 5 guarirono perfettamente, in 1 si ottenne per lo meno un sufficiente rinforzo del setto retto vaginale. Due volte l'essudato si risolvette lentamente. Uno di questi casi fu guarito da altri coll'incisione, nove settimane dopo l'operazione.

Se si riflette quanto sia comune l'associazione del prolasso con cicatrici di vecchia data, con peri e parametriti croniche, e con spostamenti d'ogni sorta, questo risultato sarà sempre da considerarsi come ottimo, massime pensando che queste complicazioni si sono verificate su un numero così esteso di casi, con superfici cruente così ampie e con così svariate alterazioni patologiche preesistenti.

Dei 271 casi complessivi, solo 80 per le circostanze di età e di rapporti sociali erano in grado di incontrare un'altra gravidanza dopo la operazione (l'età media delle mie operate di prolasso è qualche cosa al disopra dei 40 anni). Fra queste, udii in 15 casi di una gravidanza verificatasi dopo l'operazione; ma di esse solo un piccolo numero fu direttamente assistito nel parto da me o dai miei assistenti; le altre io ebbi occasione di visitare dopo un tempo più o meno lungo dal parto, oppure udii parlare solo in modo indiretto della loro gravidanza. Quelle da me stesso vedute durante o dopo il parto hanno superato senza alcuna lesione ai tessuti cicatriziali questa prova del risultato operativo: il parto, tranne poche eccezioni, aveva avuto un decorso normale. Se si pensa che spesso è soltanto per vie assai indirette che si ha notizia degli esiti delle proprie operazioni, e che per lo più, trattandosi di una clientela che non dimora nella sua massima parte là dove ha domicilio il medico, non si hanno quasi più notizie delle pazienti guarite, l'esito da noi accennato può a buon diritto considerarsi come pienamente soddisfacente.

In ogni modo da queste mie esperienze io posso affermare pel mio

metodo ciò che altri operatori hanno rivendicato pei loro procedimenti: che cioè con questo modo di curare il prolasso, non viene menomata nè la vita sessuale, nè la fecondità della donna, e che anche sotto questo punto di vista si ottiene una specie di *restitutio ad integrum.*

Mi parrebbe fare una colpa di omissione, se non riferissi i casi nei quali il risultato durò solo un tempo più o meno lungo, e si ebbe poi recidiva del vecchio male. In tutto io ho avuto notizie di 11 casi di recidiva: di questi alcuni erano, potrei dire, verosimilmente prevedibili, sia perchè esistevano complicanze, perchè l'operazione, ad es. era stata eseguita con catgut non debitamente preparato, sia per emorragie che avevano necessitato un successivo tamponamento, sia perchè non si era a sufficienza rispettato il periodo di convalescenza. Così decorsero 6 degli 11 casi indicati. Vi potrebbe essere annoverata anche una donna nella quale, dopo un risultato addirittura perfetto della sutura continua, la recidiva venne in scena appena scorsi tre mesi; la cicatrice in vagina ed al perineo si poteva constatare ancora completamente integra: si era però sviluppato uno speciale edema al lato destro, che forse non era altro che un effetto finora non mai avvertito degli stiramenti subìti dal pavimento pelvico, e perciò di transitoria importanza, ma che riproduceva tuttavia in modo assai molesto la sensazione di una recidiva, tanto più che durante i premiti facevasi sporgente alla vulva la parete laterale destra della vagina.

Tre volte l'involuzione senile progressiva di tutto il corpo, assieme all'insufficiente nutrimento ed alla mancanza in genere di cure, determinò la scomparsa dell'adipe negli organi genitali, ed un graduale rilasciamento di tutte le parti costituenti il pavimento pelvico, d'onde riproduzione dell'arrovesciamento della vagina e recidiva del prolasso. In due casi non fui capace di rintracciare alcuna causa che mi spiegasse la recidiva dopo una guarigione quasi ideale della ferita operativa.

Nel maggior numero dei casi di recidiva ho potuto constatare che la cicatrice era benissimo conservata anche nei suoi singoli segmenti, e specialmente mi stupirono tre casi, nei quali la paziente si era mantenuta in perfetto riposo, e i genitali sembravano regolarmente addossati, ma solo nel premere facevano sporgenza nuove pieghe della vagina. In talune di queste donne ho rinunciato a priori a tentare una nuova operazione del prolasso, accontentandomi di ricorrere a pessarii vaginali.

In altri casi, vista di buon' ora la tendenza al rinnovarsi della procidenza, mi bastò istituire quella cura che si usa generalmente negli stadi iniziali del prolasso puerperale, cioè tamponi con glicerina e tannino, irrigazioni astringenti, riposo, semicupii, e astensione, possibilmente, da ogni sforzo corporale. In tutti i casi mi pare meritare speciale importanza la raccomandazione di evitare gli eccitamenti sessuali.

Solo due donne si sottoposero ad una nuova operazione del pro-

lasso. L'una ne guarì perfettamente al punto da poter attendere in modo continuo al suo mestiere di lavandaia: fra la prima e la seconda operazione passò un intervallo di cinque anni. L'altra era da me stata operata una prima volta di colporrafia posteriore alla Hegar: questa prima operazione non figura perciò nel novero delle 270. La seconda operazione la feci col mio metodo: il risultato ne sembrava perfetto. La paziente, donna assai intelligente, si astenne per tre mesi da ogni pesante lavoro, e solo quando le parti sembrarono veramente consolidate, ed io le concessi il ritorno alle domestiche faccende, essa si assoggettò al mestiere di servente. Già dopo sei settimane essa accusò senso di descensus, e dopo altre sei si era formato un prolasso completo delle pareti anteriore e posteriore. In questa donna, di apparenze assai robuste e dell'età di 37 anni, io feci allora l' operazione alla Neugebauer e ne ottenni pure un risultato apparentemente perfetto. Ma quando la paziente, che sembrava completamente ristabilita dopo circa quattro mesi, tentò per la prima volta di sollevare un secchio d'acqua, la cicatrice si lacerò con viva sensazione di dolore, e quando la donna si presentò a me ho potuto constatare le superfici fresche sanguinanti. Essa, come era da aspettarsi, non volle sottomettersi ad una quarta operazione, ed ora si limita a mantenere ridotto l' utero con un pessario a peduncolo.

III. Lacerazione del perineo. Perineoplastica.

Le lesioni del perineo si determinano prevalentemente durante il parto, e solo eccezionalmente all'infuori del parto per traumi dovuti a colpi, a cadute, o ad operazioni intente a togliere neoplasmi formatisi nel canale genitale.

Appena avvenuta una lacerazione perineale durante il parto, si dovrà sempre tentare di ripararvi: ma spesso questo tentativo urta in varie difficoltà, sia per le condizioni momentanee della partoriente o della ferita, sia perchè si oppongono alla riunione i processi proprii del puerperio o la cicatrizzazione delle masse di tessuti a forza divise; così può accadere che le lacerazioni perineali capitino alla cura relativamente tardi, e quando già da tempo sono cicatrizzate. In altri casi l' allattamento figura come una controindicazione ad una di queste operazioni, e sotto l'influenza di tale considerazione si rimanda a lunga scadenza la sutura di una lacerazione perineale avvenuta durante il parto, tanto più se è fallito un tentativo fatto immediatamente dopo il parto. In altri casi l'operazione viene rimandata unicamente per l'indolenza delle pazienti, che ricorrono al nostro aiuto solo quando il difetto nel piano perineale ha altri fenomeni secondarii per conseguenza.

Per la descrizione che ci occupa è necessario dividere le lacerazioni perineali in incomplete ed in complete.

1.° I rapporti anatomici delle lacerazioni incomplete mostrano quasi sempre una soluzione di continuo a livello della commessura posteriore e del rafe perineale. La lacerazione in vagina per lo più si tiene sulla linea mediana fino all'estremo inferiore della colonna, poi si dispone ad un lato di questa o la abbraccia d'ambo i lati; di regola la lacerazione si dirige verso quel lato dal quale fu partorito l'occipite (fig. 89).



Fig. 89. — Lacerazione perineale superficiale.

È raro che la lacerazione interessi la colonna posteriore staccandone un lembo. Nel processo spontaneo di riparazione si ha per lo più al posto della commessura un tessuto cicatriziale resistente, distinto per il suo bianco aspetto. Solo in casi rari questo tessuto cicatriziale manda prolungamenti irregolari che determinano retrazione dei tessuti circostanti, d'onde la formazione di grosse sporgenze della mucosa fra le propaggini del tessuto cicatriziale.

Anche ad intestino integro la cicatrice può ostacolare notevolmente

l'estensibilità dei tessuti che stanno davanti al retto, e disturbare perciò in un certo grado il regolare svuotamento dell' intestino. Quasi sempre il lume dell'ostio vaginale è profondamente alterato dalla retrazione cicatriziale, tanto più se la lacerazione si è spinta in alto in vagina, e perciò la cicatrice ha portato deformazione della colonna posteriore e



Fig. 90. — Lacerazione perineale e rettale.

delle pareti laterali. E specialmente nei casi in cui l' ano è coinvolto nella cicatrice, vi si associa rettocele, sotto la cui influenza si estroflette la parete vaginale posteriore fino alla completa procidenza.

2.° Se la lacerazione si è spinta nell'intestino (lacerazione perineale completa), il retto resta per lo più beante sulla linea mediana della sua parete anteriore. Più in alto la lacerazione segue la via che tiene in vagina. La retrazione cicatriziale rende più beante la fessura della parete

intestinale, la cui mucosa fortemente arrossata fa ectropio all'estremità di quanto rimane del setto retto-vaginale, tanto che si può avere un vero ed esteso prolasso della mucosa (fig. 90). È relativamente raro che queste lacerazioni risalgano per più di 5 centimetri nell'intestino. Molto più comunemente è intaccato il solo sfintere anale, cosicchè l'intestino resta aperto per una estensione di circa 3 centimetri (È notevole il fatto della rara associazione del prolasso uterino alle lacerazioni alte del setto retto vaginale con profonda distruzione di tessuti, forse perchè l'utero e tutto il pavimento pelvico sono fissati da essudati, che si sviluppano in seguito al parto laborioso).

In casi eccezionali la lacerazione non interessa l'intestino per la sua parete anteriore, ma girandogli a lato lo coglie da una parte, cosicchè la spaccatura guarda lateralmente: ancora più rari dovrebbero essere i casi in cui, come una volta io stesso ho veduto, lo squarcio lascia completamente intatto l'intestino, e passandogli a lato si dirige estesamente all'indietro fin verso il coccige.

I sintomi, anche data una estensione quasi eguale della lacerazione, non sono sempre identici. Intanto è rarissimo che una rottura del perineo dia luogo a grave emorragia. Anche con lacerazioni estesissime si vedono i sintomi emendarsi col procedere della cicatrizzazione, e i disturbi provenienti dalla lesione del retto scompaiono, sebbene la donna si occupi in faticosi lavori, mano mano che essa va ripigliando potere sul proprio intestino e sul pavimento pelvico. Al contrario altre donne, anche per lacerazioni di grado lieve, si lamentano d'intollerabili molestie che rendono loro impossibile la deambulazione e la stazione eretta, ed il lavoro di qualsiasi genere, e che diventano sopportabili appena nel riposo in posizione dorsale; e ciò prima che, per lo stato di incompleta chiusura dell'ostio vaginale, venga in scena uno stato cronico irritativo della parte inferiore della vagina od un vero prolasso di questa. I sintomi della lacerazione perineale dipendono essenzialmente dalla soluzione di continuo nel pavimento pelvico. Se questo non è più in grado di sostenere l'utero, la vescica e gli intestini, e se le stesse pareti vaginali si introflettono nel lume della vagina, si sviluppa quella sensazione di mancanza di sostegno alla vagina, quasi che le pareti vaginali avessero tendenza a fuoruscire, sensazione che molesta in grado estremo la donna. Principalmente nelle lacerazioni incomplete si manifestano i sintomi del descensus, poi del prolasso della vagina e dell'utero, e in modo speciale il prolasso della parete posteriore con rettocele. Se poi si aggiungono sintomi irritativi alla parte bassa della vagina dovuti a penetrazione di pulviscoli nel canale beante, a imbrattamento con urina e feci, la lacerazione, se anche incompleta, può dare i più intensi disturbi. Disturbi che diventano addirittura intollerabili se, lacerato completamente il perineo, la donna perde ogni potere sull'apparato occlusore del retto, e si ha

emissione involontaria non solo delle feci, ma, ciò che è ancor più penoso, di gaz intestinali. Prescindendo dalla parte fisica del male, la donna che si trova in queste condizioni è sconcertata in modo insopportabile nei rapporti sociali, e cade per lo più in preda a profonda melanconia.

Un miglioramento non si può sperare, se prima non siano ripristinati i normali rapporti delle parti, e perciò la prognosi delle lacerazioni perineali, accompagnate da notevoli disturbi, dipende essenzialmente dalla cura operativa. Del resto si vedono delle lacerazioni incomplete guarire spontaneamente e perfettamente in puerperio.

Per l'operazione della lacerazione perineale valgono precetti diversi, a seconda che si tratta di male recente o di antica data.

1.° Per curare le lacerazioni perineali recenti il miglior espediente sarà di riunire nei loro primitivi rapporti le parti separate. Per questa operazione, se è possibile, sarà meglio narcotizzare la paziente; spesso si ha però a che fare con donne così esauste che non sentono gran dolore dall'operazione, o che tollerano pazientemente i punti non molto numerosi. La narcosi concede di disporre comodamente la paziente, occorrendo anche su di un tavolo, il che torna di non poco utile nella sutura. — Si pulisce accuratamente la ferita dal sangue che vi aderisce coll'irrigazione permanente, e dai frustoli di tessuto colle forbici: si portano a combaciare le parti e si uniscono con punti profondi non troppo ravvicinati. Si farà speciale attenzione a che non rimangano delle cavità profondamente, e a che la superficie sia perfettamente chiusa. La sutura segue l' andamento della lacerazione, rasentando la colonna posteriore, chiude il rafe perineale e la commissura posteriore, e in ogni modo riunisce in tutta la loro estensione e in modo robusto le parti lacerate.

Ancora più semplice è la sutura continua col catgut, metodo più spiccio, che offre evidenti vantaggi per la donna già esausta e madida di sudore, e che previene con maggior sicurezza l'irritazione, che potrebbe trasmettersi lungo i fili bagnati dal secreto lochiale. Il modo di mettere in posto il filo varierà a seconda dell'estensione della ferita: si farà con uno o più piani la sutura profonda, prima di riunire i margini della ferita.

Anche in questi casi è meglio attenersi in seguito soltanto a lavature esterne; le puerpere dovranno tenere il letto fino al 14.° giorno; dal 10.° all'11.° si tolgono i punti esterni, nel caso si sia fatto uso della seta. Sarà meglio evitare in modo assoluto le irrigazioni vaginali.

2.° Nelle lacerazioni di antica data si adotta un processo diverso a seconda della loro estensione.

a) Per le lacerazioni incomplete molti adottano i precetti che si descrivono per l'operazione di colporrafia posteriore. Non voglio qui ritornare su di essi. E nemmeno voglio intrattenermi sui metodi a lembi, sug-

geriti prima da Langenbeck (1), poi in altra forma da Wilms (2), Staude (3) e Lawson Tait (4), poichè non ho esperienza personale in proposito. Nelle lacerazioni incomplete io mi sono valso a lungo dei precetti di Hegar (5), ricorrendo semplicemente alla sua colpoperineorrafia.

Negli ultimi sei anni ho operato di preferenza, fondandomi sui principii dati dal Freund (6), sui quali ho foggiato il mio metodo di operazione del prolasso. L'essenziale dell'operazione sta anche qui nell'affrontare le parti che anatomicamente si corrispondono, risparmiando il sostegno che la colonna mediana apporta alla parete vaginale posteriore.

Svuotato l'intestino, nella narcosi, fatta una conveniente disinfezione e data alla donna la posizione opportuna, come nella fig. 15, si afferra con una pinza uncinata il punto più alto del difetto perineale, stirandolo più che sia possibile in basso verso l'ostio vaginale. Se il limite è lateralmente alla colonna posteriore, si impianterà la pinza in questa piega laterale; se è sulla linea mediana, è qui che si fisserà lo strumento. Due altre pinze uncinate tengono tesa la vagina all' estremo inferiore della colonna, dove la lacerazione passa sulla linea mediana: fra queste pinze uncinate si disegna il lembo che comprende la cicatrice, e lo si disseca per riunire poi accuratamente colla sutura le superfici dopo averle bene regolarizzate (fig. 91). Quando così procedendo si è giunti sulla linea mediana all' estremo della colonna posteriore, si tolgono le pinze, si riduce la vagina e si disegna un nuovo lembo che dall'estremo della colonna si spinge lateralmente fino all'estremo inferiore delle piccole labbra, e in basso sino a poca distanza dall'ano, abbracciando tutta la cicatrice che occupa la commessura posteriore.

Dissecato il lembo e regolarizzata la superficie, si chiude la ferita. Quando si è giunti colla sutura alle piccole labbra, i margini della cruentazione perineale restano così ravvicinati, che la riunione non incontra alcuna difficoltà. Se la colonna è da ambo i lati abbracciata da tessuto cicatriziale, si farà l'avvivamento prima da un lato, poi dall'altro, come nelle operazioni di prolasso. L' operazione verrà compiuta sempre sotto l'irrigazione permanente con tenue soluzione disinfettante, e l'ammalata si porterà poi in letto, tenendole le gambe avvicinate l'una all'altra. In omaggio ai successi della sutura continua col catgut, vi si ricorrerà anche in questi casi, facendo uso del catgut all'olio di ginepro. Si può con un filo chiudere il tratto che interessa la vagina lateralmente alla colonna, e poi procedere per la riunione del resto della ferita, come nella

(1) Biefel: Monatsch. f. Geb. XV, 1860 p. 401.
(2) Gütterbock: Archiv. f. Klin. Chirurgie XXIV, 1879.
(3) Zeitschrift für Gebu rtsh. und Gynäk. V, 1880.
(4) Obstet. Society of London XXI, 1879-80.
(5) Operative Gynäkologie p. 802, 3 ª edizione.
(6) Archiv. f. Gynäk. VI, 1873, p. 317.

perineauxesis (fig. 92), in modo da costituire, coll' affrontamento in diversi piani, una massa spessa e resistente. La cura consecutiva è identica a quella per le operazioni di prolasso.

b) Nella operazione delle lacerazioni complete, si tratta di rifare il canale intestinale, la vagina e di ripristinare il perineo. L' avvivamento può offrire notevoli difficoltà, se la cicatrice è estesa, se la mucosa rettale è molto stirata e facilmente sanguinante, e se per impropria preparazione della malata il contenuto intestinale continua a farsi strada

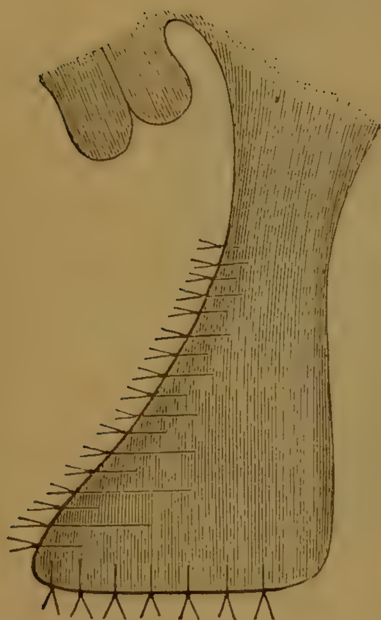


Fig. 91. — Sutura nodosa nella lacerazione superficiale del perineo.



Fig. 92. — Lacerazione perineale superficiale. Sutura continua a strati. *a*, capo superiore del filo, affidato a una pinza di Baumgärtner. *b*, filo usato nella sutura, col suo ago.

durante l' operazione. Appunto per queste lacerazioni complete è indispensabile che l'ammalata sia preparata a dovere. Fatta per più giorni una energica cura purgativa, dalla sera precedente fino al momento dell'operazione dovrà pigliare solo scarso cibo liquido, fare bagni ripetuti con soluzioni disinfettanti, irrigazioni, ed al mattino, 4-5 ore prima dell'operazione, prenderà un clistere di acqua tiepida.

Portata la donna nella posizione dorso-pelvica col bacino rialzato, si constatano i rapporti anatomici delle diverse parti, e si recenta là dove la lacerazione vaginale, che di solito va più in alto della rettale, ab-

braccia la colonna posteriore: perciò anche qui la cruentazione si troverà situata lateralmente in vagina. Essa deve spingersi in alto; così il setto retto vaginale viene già rinforzato, prima che col procedere della sutura si raggiunga l' estremo della lacerazione intestinale (fig. 93). Senza di ciò, la sottigliezza estrema del setto in questo punto rende assai difficile la sutura, ed è provato che compromette non di rado il risultato per la formazione di una fistola retto-vaginale. Procedendo l'operazione, l'avvivamento procede fino all'estremità inferiore della vagina, a ridosso del-

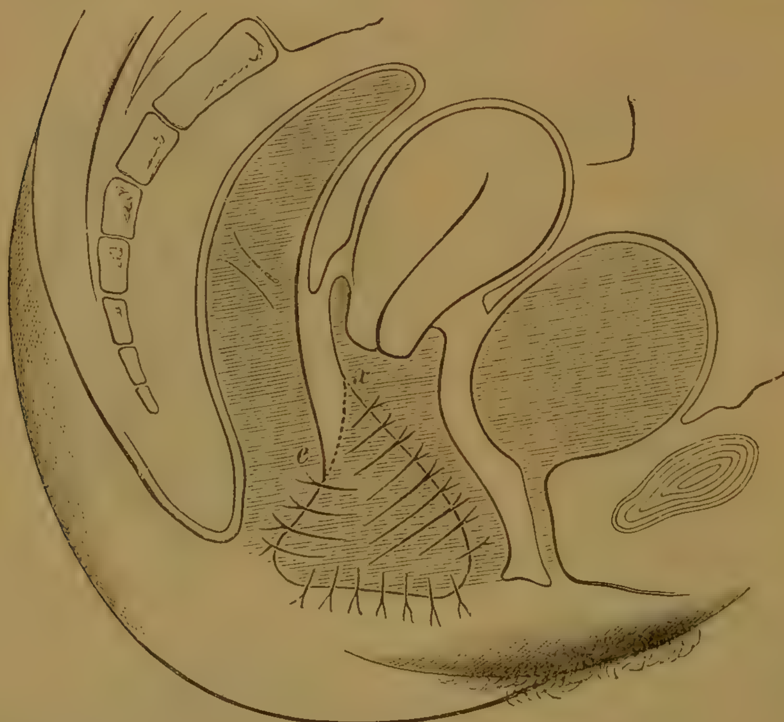


Fig. 93. — Sutura a punti staccati nelle lacerazioni del perineo e del retto.

l'ostio, adattandosi strettamente alla configurazione della cicatrice. All'ostio vaginale la cruentazione risale alquanto d'ambo i lati, per portarsi all'estremo inferiore delle ninfe, acciocchè si possa ottenere un perineo ampio.

La sutura continua col catgut (1) comincia, come nella colporrafia posteriore all'angolo superiore: chiude prima l'intestino con giri che vengono infissi dal lato della mucosa rettale, passano in seno alla ferita, e fuoriescono nel retto. Chiuso in tutta la sua estensione l'intestino fino all'ano, collo stesso filo ripercorrendo la via in senso contrario si forma nella

(1) È appunto per le lacerazioni perineali di antica data che Schroder ha cominciato a raccomandare la sutura continua in catgut all'olio di ginepro: al che mi associo anch'io per esperienza fatta.

ferita un primo piano, finchè si arrivi all'angolo superiore in vagina. Se questo piano basta, si fa seguire l'adattamento dei margini in vagina e per ultimo la sutura del perineo: se la superficie cruenta è ancora troppo estesa si farà un secondo piano, per procedere solo di poi alla riunione dei margini (fig. 94). Negli ultimi tempi ho fatto più volte la sutura esterna della cute con punti staccati di catgut.

Nella sutura nodosa si fanno prima passare due o tre punti dall'intestino, stringendoli dal lato della mucosa rettale; poi in rapporto col procedere di questa riunione si sutura anche la vagina. Messi così in



Fig. 94. — Cruentazione e sutura continua nelle lacerazioni perineali profonde. *a*, strato profondo. *b*, passaggio al secondo strato.

posto i punti dal lato della vagina e dal lato del retto, in modo che nella loro parte profonda vengano ad alternarsi, e rifatto l'intestino, rimane solo a fare la riunione della parte bassa dell'introito per chiudere completamente anche la vagina. In questo stadio dell'operazione i margini della ferita che devono riunirsi a ricostituire il rafe del perineo si trovano già molto ravvicinati, e senza difficoltà si possono affrontare con punti superficiali passanti per la cute, avendo solo riguardo ad evitare la formazione di tasche o cavità nella parte profonda. Tagliati corti i fili e pulita la ferita, la paziente si riporrà nel letto, assicurandosi contro il divaricamento delle gambe. — Se la colonna è circondata dalla cicatrice, in modo che il suo estremo inferiore si mostri come una salienza isolata, anche la cruentazione dovrà tener conto di questi rapporti. La sutura si farà come alla fig. 95.

Per l'operazione delle lacerazioni complete furono suggerite diverse modificazioni, specialmente nel tecnicismo della sutura. Così si è consigliato di evitare che il nodo cada da parte della mucosa rettale, e si è ricorso ad un punto a cifra otto, in modo che il filo venga stretto dalla parte della vagina. Heppner (1) suggerisce di disporre dei fili metallici a cifra otto, come nella fig. 96, e di stringerli tanto dalla vagina che dal retto. Io non esperimentai questo metodo, che però a quanto vedo avrebbe trovato molta diffusione in Russia. Si è anche tentato di tenere affatto superficiale la sutura intestinale, e, cominciando dopo i punti più alti della vagina, di far passare tutti i punti dal perineo, in modo da chiudere contemporaneamente perineo e vagina.



Fig. 95. — Sutura a punti staccati secondo Freund, *o. p. q.* Lacerazione vaginale che contorna la colonna. *p. z.* Sutura fino alla vulva. *z. y.* Perineo. Da *y* in su sutura rettale.

A questo metodo assomiglia quello di Hildebrandt (2) e di Veit (3), suggerito per la sutura delle lacerazioni recenti, nel quale pure si fanno passare i fili dal perineo. I pochi tentativi che io ho fatto con questo genere di sutura mi autorizzano a ritenere non ingiustificati i rimproveri che da altri furono mossi al metodo, e specialmente quello che l'inevitabile accartocciamento dei lembi deve ostacolare la guarigione.

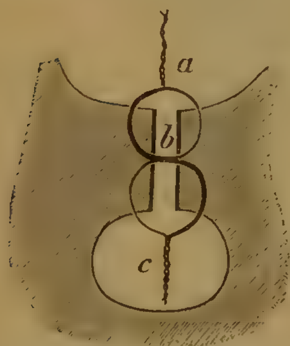


Fig. 93 — Sutura secondo Heppner. *a*, vagina, *b*, lacerazione, *c*, retto.

È innegabile che, stringendo fortemente i fili, i tessuti vengono stirati eccessivamente dai tre gruppi di suture, e, come conseguenza, a cicatrizzazione compiuta la massa neoformata riuscirà notevolmente esile. La sutura continua ovvia a questo inconveniente. È per evitare lo stesso pericolo che Werth (4) ha consigliato di mettere dei punti profondi di catgut nei casi di superficie cruenta piuttosto estesa, in modo da portare gradatamente a contatto tutta la superficie. La riunione così ottenuta è assai più intima, l'addossamento si fa su una superficie più estesa, e perciò più robusto sarà il setto che ne risulta.

Queste suture affondate furono assai variamente giudicate nel loro valore. Avendo per conto mio tentato cinque volte la sutura alla Werth

(1) Heppner. Langenbeck's Archiv vol. 10° e 15°.
(2) La nuova clinica ginecologica in Königsberg 1876, p. 45.
(3) Veit. Deutsche Medic. Wochenschrift 1881 p. 280.
(4) Centralbl. f. Gynäk. 1879, N. 23.

non ne ottenni risultati favorevoli; mi corre però l'obbligo di notare che in due casi feci uso di catgut forse di preparazione troppo vecchia. In ogni modo, avendo il lavoro di Werth richiamato la mia attenzione su questo punto, è da anni che faccio mente a non eccedere nel serrare la ferita, per non averne una troppo forte riduzione di superficie, e così mi riescì, anche senza punti affondati, di rifare un setto rettovaginale spesso e resistente, che non viene considerevolmente ridotto dalla successiva retrazione cicatriziale.

Nella cura consecutiva della lacerazione completa, alcuni vogliono sospendere completamente per un certo tempo ogni attività dell'intestino, mentre altri la eccitano immediatamente. A quest'ultimo metodo, che pur non mi ha sempre dato cattivi resultati, non intendo più di ricorrere. D'altra parte la costipazione protratta mi ha dato delle spiacevoli conseguenze dirette, perchè, nonostante il nutrimento scarso ed esclusivamente liquido, si formavano spesso masse fecali così consistenti, da lacerare col loro passaggio al 12.° o 14.° giorno la cicatrice recente: la formazione delle masse fecali è cosa assolutamente incerta e variabile. In questi ultimi anni adotto per tali pazienti, costrette a lunga degenza a letto, il seguente trattamento: nei primi giorni, finchè vi è tendenza al vomito, la paziente deve digiunare, poi riceverà alimento liquido in quantità scarsa, ed al 4.° o 5.° giorno 20-30 gr. di olio di ricino. La somministrazione dell'olio si ripete il giorno seguente se non ebbe azione, e di solito si ottiene così una evacuazione.

Quasi sempre da questo momento le pazienti, anche ricevendo regolare ed abbondante vitto, hanno defecazioni che non compromettono più la cicatrizzazione. Un gran sollievo per la paziente si ha coll'introdurre nel retto al pomeriggio del giorno dell'operazione, un piccolo tubetto di gomma, attraverso al quale trovano sfogo i gaz intestinali, che altrimenti sarebbero in grado di turbare la riunione, ed è così impedito il molesto malessere, che spesso incomincia già al secondo giorno per i movimenti delle anse intestinali.

Un grave pericolo per l' ulteriore processo di guarigione sta nel mettersi troppo presto a sedere. Più d'una volta ho veduto per questo fatto rompersi d'un colpo un perineo già perfettamente guarito. In queste perineorrafie profonde le ammalate dovranno stare a letto tranquille per tre settimane, finchè la cicatrice sia abbastanza consolidata da permettere la posizione seduta. Anche queste plastiche vengono lavate solo dopo l'emissione delle urine o delle feci: del resto lascio la cicatrice in perfetto riposo, e non la ricopro nè con una sostanza disinfettante, come sarebbe l' iodoformio, nè con cotone od altro.

I punti di catgut non è necessario siano rimossi. — Quelli in seta per lo più vengono emessi colle feci dopo aver tagliato i tessuti. I punti perineali si toglieranno colle massime cautele dal 10.° al 12.° giorno te-

nendo la paziente nel letto; i punti della vagina si tolgono più tardi, un momento o l'altro, senza eccessiva fretta.

L' unica spiacevole complicazione che ho visto insorgere dopo una di queste operazioni è l'ostacolata cicatrizzazione per il fatto delle masse fecali. Veit (1) raccomandò di riunire con una sutura secondaria le superfici granulanti nel caso succeda una simile rottura del setto. Io, specialmente dopo una esperienza fallita, preferisco di lasciar la paziente riaversi dalle conseguenze dell'atto operativo, e attendere la cicatrizzazione. È frequente il vedere, colle opportune cure di pulizia, la cicatrice ricoprirsi in modo da far scomparire ogni disturbo, sicchè si può concedere alla paziente un tempo lungo per rimettersi, prima di procedere ad una nuova operazione richiesta da nuovi disturbi.

Se le molestie sono assai pronunciate, una cura di più settimane metterà certo la paziente in migliori condizioni e concederà maggiori probabilità di guarigione per la operazione da rifarsi. Se la paziente vien dimessa dopo 3 e mezza o 4 settimane, io le prescrivo irrigazioni vaginali con soluzioni di acido pirolegnoso, da protrarsi finchè nel decorso dei 2 o 3 mesi successivi siano allontanati tutti i fili. Poi si fanno seguire per 2 o 3 settimane delle irrigazioni con aggiunta di tintura di iodio. Oltre alle più rigorose cautele per una regolare digestione, consiglio anche, circa 6 settimane dopo l'operazione, dei semicupii con aggiunta di decozione di corteccia di quercia; raccomando poi di aspettare possibilmente fino al 6.° mese primo di ristabilire i rapporti sessuali.

IV. Rovesciamento d'utero.

Di solito il rovesciamento d' utero è conseguenza di una anomalia nel periodo del secondamento. Per lo più è dovuto ad inopportune trazioni sul funicolo trasmesse da questo alla placenta, quali si raccomandavano per favorire il secondamento, manovre che nemmeno al giorno d'oggi non sono completamente sbandite dai trattati di ostetricia. Solo eccezionalmente il rovesciamento potrebbe venire in scena come conseguenza di una cattiva esecuzione del metodo del Credè: ancor più raro, che possa prodursi all' infuori di queste due cause solo per irregolari contrazioni della parete uterina, o per qualche altra causa che agisca su di essa.

All' infuori dello stato puerperale, il rovesciamento può aversi in seguito all'espulsione di neoplasmi intrauterini; si tratta per lo più in questi casi di fibromiomi, che nel loro sviluppo si atteggiano a polipi e come tali determinano le contrazioni uterine, e vengono alla fine espulsi, esercitando col loro peduncolo una trazione sul fondo. In questi casi è

(1) Veit. l. c

facile che l'utero sia estremamente atrofico o degenerato nelle sue pareti, specialmente presso all'inserzione del polipo.

Il rovesciamento può aver luogo in tre forme: il fondo, od un altro punto della parete uterina, stirati fortemente verso la cavità, arrivano colla loro superficie interna fino all' orificio interno dell' utero — arrovesciamento incompleto (fig. 97) —; oppure l'introflessione si estende a tutto il corpo dell'utero, restando conservato il collo — rovesciamento completo (fig. 98) —; o infine l' utero è arrovesciato fino all' orificio

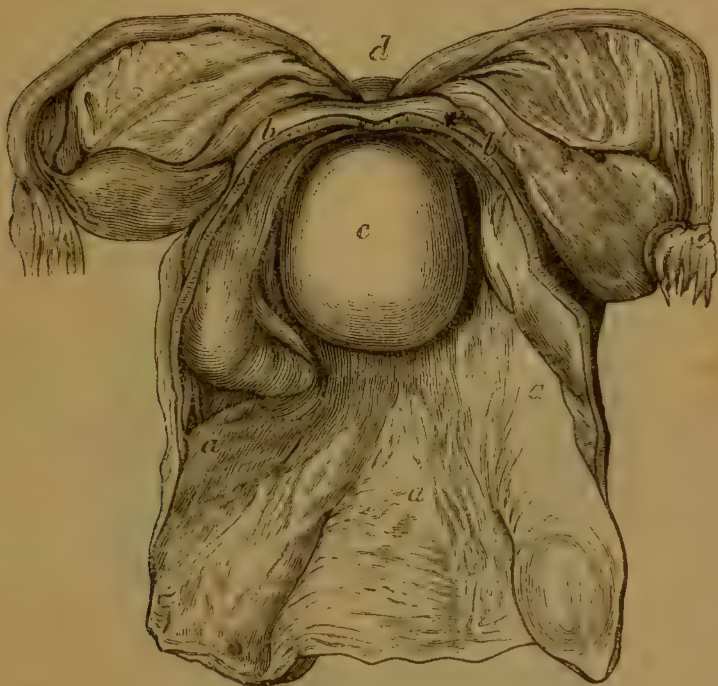


Fig. 97. — Rovesciamento incompleto dell'utero: *a*, vagina incisa nella sua parete posteriore — *bb*, collo — *c*, corpo — *d*, parete esterna del collo.

esterno, nel qual caso vi si associa di solito una procidenza dell' utero invertito dai genitali, — rovesciamento completo con prolasso (fig. 99).

In puerperio l'insorgenza del rovesciamento è sempre improvvisa, e perciò accompagnata dai sintomi più minacciosi: fuori dello stato puerperale per lo più il rovesciamento viene in scena grado a grado, in tutto il tempo che si richiede perchè le forze espulsive dell'utero raggiungano lentamente l'intensità necessaria ad espellere il corpo straniero. Ma anche questa inversione non puerperale, io lo desumo da mie osservazioni, può decorrere in modo rapidissimo, ed allora nei suoi sintomi si avvicinerà moltissimo a ciò che si osserva in puerperio.

Fra questi sintomi il primo è una profusa emorragia, poi un profondo contraccolpo sulle condizioni generali, tanto che molte di queste pazienti soccombono immediatamente per emorragia o per shock. Io

stesso, chiamato presso una partoriente meno d' un quarto d' ora dopo che la levatrice aveva procurato il secondamento mediante trazione sul funicolo, trovai la donna con una inversione completa, già morta. La quantità del sangue perduto non bastava a spiegare la morte, che era seguìta subito, quando la paziente, dopo l'avvenuto rovesciamento, era caduta in deliquio. — Però non tutti i casi puerperali hanno un decorso così tumultuoso; anzi la donna fu vista riaversi anche senza che l'utero fosse stato ridotto, e raggiungere uno stato di relativo benessere, mentre l'organo invertito subiva una involuzione puerperale.



Fig. 98. — Rovesciamento incompleto per mioma del fondo.

Tutto dipende dagli estremi riguardi e dalle cure che si presta la donna: basta una trascuranza per causare la morte. L' utero si riduce nel suo volume ad un minimum ed è degenerato adiposamente, come io ho constatato post mortem in una paziente. In altri casi i primi sintomi più minacciosi si dileguano poco a poco, ma rimangono mestruazioni che si ripetono di frequente irregolari e profuse, copiosa secrezione dalla mucosa invertita, premiti e dolori sacrali, disturbi vescicali e rettali, che costringono infine a ricorrere ad una cura opportuna.

In un caso di rovesciamento per tumore, che io vidi nel comparto Ginecologico di mio padre, lo strozzamento, determinato a quanto pare

dal collo, aveva dato luogo ad estesa gangrena ed a sfacelo del tumore e dell'utero.

La diagnosi dell' inversione in certi casi riesce facilissima, specialmente coll'anamnesi, e se coll'esplorazione combinata si giunge a stabilire che al di sopra del corpo piriforme sporgente in vagina non si rintraccia corpo dell' utero, e se infine la mano esterna avverte l' imbuto formato dall'organo arrovesciato.



Fig. 99. — Rovesciamento completo con prolasso.

Non sempre però questi punti sicuri di repere si possono stabilire con eguale chiarezza. La ricchezza in adipe delle pareti addominali, la grande sensibilità della paziente, la persistenza di altre neoformazioni possono rendere dubbiose quelle constatazioni, ed allora è troppo facile cadere in qualche errore diagnostico. Coll'esplorazione vaginale si sente una massa piriforme, per lo più assai liscia, che sporge in vagina; la superficie ne è molle, quasi vellutata; nei casi puerperali non è raro trovarvi ancora inserta la placenta. Spingendosi in alto, il dito raggiunge o la porzione di collo ancora intatta che a guisa di collare circonda il peduncolo del tumore, o, nell'inversione completa, sente l'orlo della bocca uterina circondare il peduncolo, mentre non si trova un orificio uterino·

La mano esterna può incontrare difficoltà a stabilire l'esistenza dell'imbuto da inversione, specialmente per aderenze di questo colle anse intestinali.

Se vi si aggiunge lo spessore eccessivo delle pareti addominali, la palpazione pur così necessaria viene ad urtare in gravi ostacoli. In casi di simil genere fu consigliato di elevare il dito esploratore dalla via rettale portandosi in alto finchè si possa introflettere nell'imbuto la parete rettale; oppure di dilatare l'uretra, e raggiungere l'imbuto dalla vescica, o infine di tirare in basso l'utero, per poter poi esplorare l'apertura dell'imbuto dal retto o dalla vagina.

La prognosi è sempre seria, perchè, se il rovesciamento può in dati casi ridursi spontaneamente, o in modo relativamente facile e dopo tempo più e meno lungo può venir ridotto con opportune manovre, non si deve nascondere che tali manovre non si possono compiere senza un certo pericolo per la continuità delle pareti uterine. In un cautissimo tentativo di riduzione di un rovesciamento datante da 6 anni e mezzo è accaduto a me di veder cedere sotto la pressione del dito la parete uterina completamente degenerata: ne risultò una perdita di sostanza che conduceva nel cavo addominale. In seguito a questa ferita la paziente non perdette una goccia di sangue, ma dopo parecchi giorni soccombette al collasso, senza traccia di reazione.

Però non dovremo troppo presto disperare della possibilità di una riduzione, che può anzi riuscire dopo parecchi anni di durata del male, con ripristinamento delle funzioni normali dell'utero, tanto che può persino aversi gravidanza. Una delle mie malate ha concepito qualche tempo dopo la riuscita riduzione dell'utero, che trovavasi in stato di inversione puerperale. Una paziente di Emmet (1) ha concepito dopo la riduzione di un rovesciamento di antica data.

Terapia. — Il pericolo sempre grande di un rovesciamento ci fa severo obbligo di evitare in via profilattica tutti quei momenti che possono condurre al rovesciamento, e in modo speciale le manovre inopportune nell'assistenza al secondamento: e di mettere in pratica nell'ablazione dei tumori poliposi le più minute cautele, in quanto concerne il trattamento del peduncolo.

Avvenuto il rovesciamento, è d'uopo pensare subito alla riduzione. Quanto più presto sarà scoperto il male e tentata la cura, tanto più facile riuscirà il riportare in posto un utero invertito. Nei casi puerperali si trova spesso la placenta ancora aderente: su ciò una controversia a lungo discussa, se cioè si debba lasciare in posto la placenta fino a riduzione compiuta, o ridurre solo dopo effettuato il distacco. — Nel primo caso si eviterà il pericolo che durante la riduzione penetri aria

(1) American Journal of Medic. Scienc 1866, gennaio.

nei lumi beanti dei vasi placentari: nel secondo la riposizione dovrebbe essere assai facilitata dall'impiccolito volume della parte.

In un caso di inversione che io osservai, l'utero era completamente invertito e, ricoperto ancora dalla placenta, trovavasi ai genitali, violentemente attiratovi dai tentativi della levatrice per compire il secondamento. Nei tentativi di riduzione fatti dai colleghi prima accorsi, la placenta si era staccata senza che fosse riescito di risospingere l'utero nemmeno in vagina. La paziente priva di polso, nel profondo collasso, colle estremità fredde, ad ogni menomo contatto erompeva in furiosi attacchi convulsivi. Perciò anzitutto ricorsi alla cloronarcosi, poi compii con relativa facilità la riduzione dell' utero fortemente contratto. Immediatamente si ristabilì il polso, e la paziente non solo guarì, ma tre anni più tardi partoriva spontaneamente a termine. Per lo più le cose procederanno così anche in altri casi consimili, ed io potrei consigliare di tentare prima la riduzione dell' utero colla placenta aderente; se ciò non riesce, si stacchi la placenta per compiere poi la riduzione.

Nel rovesciamento incompleto fu più d'una volta osservato un subito ritirarsi della massa del corpo uterino appena che, tolta la placenta, veniva a cessare la trazione sul fondo o sulle pareti. Quanto più lungo è il tempo trascorso dall'inizio del rovesciamento, tanto più difficile sarà la riposizione, perchè il cercine dell'orificio uterino, od il collo si coartano e difficilmente si lasciano distendere. L'interessante osservazione di Spiegelberg (l. c.), che vide una spontanea riduzione dopo due settimane di decubito dorsale durante una forte diarrea, rimase finora affatto isolata.

La riduzione si tenterà colla massima sollecitudine. Si afferra, meglio se nella narcosi, il corpo dell'utero fra le dita, e lo si spinge in alto, mentre la mano poggiante all'esterno fissa attraverso alle pareti addominali l'imbuto da inversione. Quindi, sempre colla punta delle dita, si spinge in alto per la prima la parte ultima uscita, sia da tutti i lati contemporaneamente, sia in un punto solo (sbocco della tuba — Noeggerath). Questa riduzione si ritenterà eventualmente nella posizione genupettorale: più volte la riduzione si compì solo dopo ripetute e pazienti sedute, anche in casi che duravano da anni. Barnes (1) specialmente raccomandava di sbrigliare l'orificio uterino, per quindi poter ricacciare in alto il punto più vicino della parete uterina. La contropressione della mano esterna può essere sostituita dalla divaricazione delle dita che dall'alto penetrano nell'imbuto, oppure da pinze uncinate che durante la riduzione immobilizzano il contorno dell'orificio esterno (Schröder. Krankh. der weibl. Sexualorgane). Altre volte si rese necessario di favorire prima la diminuzione di volume del corpo uterino invertito e congesto col riposo protratto a letto, con tamponi di glicerina e tintura di iodio, e col massaggio, per poi procedere alle manovre di riduzione.

(1) Obstetr. Journal of g. Brit. and Irel april 1873.

Fra il gran numero di apparecchi più o meno complicati suggeriti in questi ultimi tempi per ottenere la riduzione, cito quello di Lawson-Tait (1) in cui al posto della mano che deve ridurre l'utero vien sostituito uno strumento a forma di coppa, che mediante robusti tubi di gomma è assicurato ad una cinghia. La coppa accoglie l'utero, al fondo di essa sono uniti i tubi di gomma che pendono dalla cintura addominale: a seconda della tensione che si dà a questi tubi essi esercitano sull' utero una pressione che si potrà modificare a piacere. Tale compressione vien continuata per più giorni e, stando a molte osservazioni riportate specialmente nei giornali inglesi, avrebbe condotto allo scopo. Io non ho esperienza in proposito. Molti autori proposero svariate risorse pei casi gravi ed apparentemente incurabili, sia coll'escidere parzialmente l'utero, o col suturarvi al disopra il collo, trattando così provvisoriamente l' inversione, o con tutti gli altri metodi immaginabili (Emmet. American Jour. of. med. Sc. January 1868. — Freund. Zur Path. und Ther. der veralteten Invers. Uter. puerp. 1870).

Se anche ripetendo i tentativi in diverse sedute non si riesce a ottenere la riduzione, però resterà riservato solo ai casi di natura più grave l'intervento con ulteriori atti operativi. Non si deve troppo presto disperare della riducibilità dell' utero. Se anche non riesce la riduzione immediata, nè in una prima seduta, nè in più sedute prolungate, essa riesce pur tuttavia talvolta, distendendo assai la vagina con un colpeurynter (2): si riferiscono casi in cui questo metodo regolarmente usato a lungo valse a ridurre il rovesciamento (3).

Solo in caso di fenomeni gravissimi e di evidente reazione sfavorevole dell'organismo ai tentativi di riduzione, si rinuncierà a questi per tentare metodi radicali. La più grande prudenza ci sarà imposta dallo stato di esaurimento delle pazienti per le perdite profuse e per il rovesciamento in sè, dall'irritabilità del peritoneo e dall'infiammazione locale delle parti contuse pei tentativi di riposizione. Superati i primi e più minacciosi stadii del male, se la paziente sopravvive alle conseguenze, e fallisce la riduzione, benchè tentata con tutte le regole dell'arte, si potrà sempre cercare di rendere secco, quasi corneo, lo strato superficiale dell'utero che secerne esuberantemente, favorendone l'involuzione, per opporsi così alle emorragie ed alle secrezioni profuse.

Del resto la riduzione spesso fallisce, non tanto per resistenza del collo dell'utero, quanto piuttosto per aderenze che si sviluppano fra le superfici sierose, che si trovano addossate nell'imbuto, e le parti degli annessi uterini che vi sono pure trascinati. Diagnosticare queste ade-

(1) Obstetr. Society of London, 1870, XI.
(2) Kroner: Archiv f. Gynäk. XIV e XVI.
(3) Schröder: l. c. p. 213.

renze è però cosa assai difficile, a meno che le pareti addominali assai sottili concedano una palpazione profonda: si è obbligati a pensare a questo ostacolo quando non esiste nè rigidità del collo, nè altri manifesti impedimenti che ci possano spiegare l'insuccesso delle manovre di riduzione.

Nei casi di irriducibilità, se costretti da minacciosi fenomeni a ricorrere a cura radicale, potremmo ricorrere, come ad ultimo tentativo, al metodo usato da Gaillard-Thomas (1), cioè fare la laparotomia, e dall'alto dilatare il cercine che fa da base all'imbuto, mentre dal basso la mano spinge in alto l'utero. Se l'operazione riesce, la guarigione è radicale; ma però l'atto operativo in sè non mi sembra facile, specialmente avuto riguardo alle aderenze formatesi nell'imbuto. Siccome poi le lunghe serie di estirpazioni d'utero ci hanno appreso che la ablazione di quest'organo non ha affatto quella influenza perniciosa sulla vita della donna che si temeva un tempo, e neppure va congiunta a grave immediato pericolo, così al giorno d'oggi sarebbe giustificata l'estirpazione dell'organo rovesciato, quando il rovesciamento dia imponenti sintomi e sia constatata l'irriducibilità, perciò limitatamente ai casi affatto disperati. Una volta si consigliava l'ablazione del corpo arrovesciato, perciò una amputazione più o meno completa, sia col bistorì o colla legatura, o con un metodo combinato. Che queste ablazioni non fossero scevre di pericolo lo mostra la loro mortalità, anche per quei tempi sproporzionatamente elevata (1).

I pericoli stavano nelle estese lesioni, che certo erano più d'una volta dovute a tentativi di riduzione, e nelle temibili emorragie che non si era in grado di dominare, perchè, amputato il fondo, le rigide pareti del collo si ritraevano in alto, le superficî di sezione si arrovesciavano verso il cavo addominale, e continuavano a sanguinare per lungo tempo, prima che si riuscisse a dominare di nuovo la ferita. Io ho visto solo 12 casi di rovesciamento, e di questi solo 5 nella mia propria clientela. In essi non mi sono incontrato in questa eventualità; ma mi pare che, volendo fare l'estirpazione dell'utero, convenga ricorrere alla tecnica in uso per l'estirpazione vaginale, legare i legamenti larghi al principio dell'operazione, incidere il fornice posteriore, e di lì fissare i tessuti con punti di sutura prima di ampliare l'incisione, poi procedere ad isolare completamente l'utero. Attenendosi al metodo da me proposto per l'estirpazione dell'utero, esista o no la complicanza del rovesciamento, l'operazione è ridotta quasi completamente incruenta.

Sempre però dovremo confidare nella riducibilità del viscere, finchè i più pazienti e protratti tentativi non abbiano dimostrato l'opposto. Solo quando persistono sintomi minacciosi si potrà prendere in considerazione l'opportunità di una estirpazione dell'utero.

---

(1) American Journal of obstetrics II p. 423. Duncan: Edinb. Med. Journal 1877.

B. — Infiammazione della mucosa dei genitali.

Mi pare giusto e razionale il raggruppare assieme tutte le forme di infiammazione della mucosa dell'apparato sessuale femminile, poichè queste malattie hanno un nesso eziologico intimo, e, qualunque sia nel lungo canale il segmento che ne vien prima colpito, è frequentissima la diffusione del male ad altri segmenti di questa mucosa. Esse hanno tutte la caratteristica di avere uno stadio acuto molto breve, o di decorrere in modo subdolo fin dal principio, presentandosi all'osservazione solo nel periodo cronico. Infine anche la stessa terapia richiede alcuni precetti comuni per tutte. Io mi sforzerò ulteriormente di differenziare le singole forme per quanto sarà necessario, e di considerarle nelle loro singole particolarità, dopo aver premesso complessivamente tutte le nozioni comuni.

L'eziologia delle infiammazioni del canal genitale è in istretta relazione colla vita genitale della donna, perchè non solo il punto culminante dell'attività sessuale, gravidanza, parto e puerperio, fornisce occasione precipua a tali infiammazioni, ma anche la mestruazione costituisce apparentemente una spiccata disposizione alle malattie della mucosa, e un gruppo considerevole di esse è in diretto nesso coi rapporti sessuali. Tenendo conto di queste condizioni, restano per l'età impubere quelle infiammazioni della mucosa che si originano per malattie generali infettive, per insufficiente nutrizione, per irritazione data da parassiti intestinali, per maneggi onanistici ai genitali. In età più avanzata, ai già indicati rapporti vanno aggiunti i catarri e l'infezione per secreto virulento, al qual proposito non è stabilito se processi di questo genere siano occasionati direttamente da una micosi, o se le parti già ammalate forniscano soltanto un terreno opportuno allo sviluppo della micosi. Nella vecchiaia si fanno poi valere specialmente quei momenti causali che si connettono coll'involuzione e regressione di tutto il sistema genitale.

Non è raro che la mucosa si vegga ammalarsi per l'influenza di neoplasmi dell'utero od appartenenti ad altro punto dei genitali; nè dobbiamo nasconderci che l'esame ginecologico e i diversi metodi di cura, specialmente colle cauterizzazioni e coi pessarii, forniscono spesso occasione allo sviluppo di una infiammazione della mucosa. Quale causa non rara vale infine il raffreddamento, in special modo durante la mestruazione. È innegabile che molte donne, per lo più in seguito ad abitudini poco regolari contratte in gioventù, si trovano appunto in questo periodo predisposte ai raffreddamenti, e che molte ragazze e donne, vergognandosi di lasciar conoscere all'esterno che si trovano in questo periodo fisiologico, trascurano eventualmente i riguardi cui prima erano

abituate. Però io devo confessare che il modo di agire del raffreddamento mi riesce per sè poco comprensibile. La soppressione dei mestrui, che più volte fu addotta quale momento eziologico, è certo il sintomo e non la causa della malattia in corso. — Prescindendo da tutte queste circostanze, è certo che le malattie della mucosa si vedono con frequenza accompagnare i disturbi della digestione, il genere di vita poco regolare, e la cosidetta pletora addominale che ne è la conseguenza.

L'infezione gonorroica dei genitali femminili ha tardato molto a richiamare su di sè il grado di attenzione che le compete; e questo capitolo intendo trattarlo a parte come appendice alle affezioni della mucosa.

a) È evidente che le malattie della vulva debbono essere le più frequenti, perchè qui è facile l'azione a tutte le irritazioni che colpiscono i genitali; eppure le infiammazioni della vulva e della parte inferiore dell'uretra formano di rado il punto principale nei lamenti delle nostre ammalate, perchè sono accessibili ad una facile terapia, e per lo più vanno congiunte a tante molestie, che la donna stessa è solita porvi subito riparo coll'evitare tutte le azioni irritanti e coll'uso di rimedii volgari, ma specialmente colla pulizia della parte. Un gran numero di affezioni vulvari vien raggruppato comunemente sotto l'espressione di prurito. È chiaro che si tratta qui solo del sintomo culminante, mentre le parti colpite trovansi infiammate, sia per l'azione di irritanti esterni, o di malattie generali, e tra queste in particolar modo del diabete.

b) Rarissime sono le infiammazioni isolate della vagina, e dovute per lo più all'influenza della gravidanza, del parto e del puerperio; infatti in queste condizioni il canal genitale trovasi fortemente disteso, la sua mucosa è riccamente vascolarizzata, e non è difficile che venga irritato ed offeso dall'irregolare involuzione, dal contatto coi secreti uterini facili alla decomposizione che vi vengono a stagnare, o dall'imbrattamento con sostanze che si fanno strada per la beante rima vulvare, ad esempio feci od orina. L'abuso del coito, l'onanismo, e specialmente l'infezione blenorragica, costituiscono il contingente precipuo alle affezioni della vagina di origine non puerperale.

Una forma caratteristica di malattia della vagina si connette alla atrofia senile, e dà luogo ad una affezione tanto più molesta, in quanto che colpisce per lo più donne in precedenza sempre sane, con sintomi tanto intensi da spingerle, benchè recalcitranti, ad invocare l'aiuto medico.

c) Le malattie della mucosa uterina si osservano in prevalenza solo dopo la pubertà. Prescindendo dalle forme di endometrite occasionate nell'età infantile da malattie generali (specialmente la scrofolosi), è un caso affatto eccezionale che un agente irritante venga a ledere la mu-

cosa uterina prima della comparsa delle mestruazioni. I periodici mutamenti nell'utero che si collegano alla mestruazione non possono a meno di determinare una sfavorevole predisposizione ad ulteriori trasformazioni della mucosa, e in particolar modo del suo apparato ghiandolare, trasformazioni che, anche in ragazze non maritate e che conducono vita regolare, forniscono una occasione non trascurabile allo stabilirsi di infiammazioni della mucosa.

Le malattie della mucosa uterina non sono punto diffuse sempre e regolarmente a tutta la superficie interna del canale uterino; e noi troviamo, non solo malattie isolate della mucosa del collo e della mucosa del corpo, ma anche focolai circoscritti nei singoli segmenti.

È certo che le più frequenti sono le malattie della mucosa del collo, che riceve per primo l'azione degli agenti irritanti che penetrano per la vagina, e che nelle pieghe della sua mucosa presenta molti ostacoli al progredire della malattia; ed anche perchè il collo subisce pel fatto del parto una distensione assai considerevole e non di rado va incontro a lacerazioni, per le quali, e per la consecutiva retrazione cicatriziale, il canal cervicale viene poi reso accessibile alle irritazioni che giungono dalla vagina, per un buon tratto al disopra dell'orificio esterno.

L'endometrite del corpo è quasi sempre una conseguenza della gravidanza. L'eliminazione della decidua è spesso incompleta, specialmente se la gravidanza fu interotta prima del termine. I lembi di decidua ritenuti esercitano una influenza dannosa e continua sulla mucosa contigua, e sulla involuzione di quella parte di mucosa che essi ricoprono. In un certo numero di casi le malattie della mucosa del corpo sono conseguenza di malattie generali.

Finalmente, per quelle malattie che non riconoscono la loro origine in una diffusione lenta dei germi patogeni lungo il canal cervicale, bisogna tener conto dell'apparato ghiandolare della cavità uterina, e della sua tendenza a molteplici trasformazioni e neoformazioni, per spiegarci l'insorgenza di una endometrite primaria del corpo.

d) Le infiammazioni della mucosa tubaria sono probabilmente e con poche eccezioni da ascriversi a diffusione dalla mucosa della cavità uterina. Però non si può certamente escludere che anche nella tuba, forse sotto l'influsso di una malattia generale, la mucosa possa tumefarsi ed esagerare la propria secrezione, e si ingeneri poi ritenzione di secreto, una condizione insomma quale siamo soliti trovare in circostanze analoghe nelle malattie della mucosa (per più ampi dettagli vedi le malattie della tuba).

Anche per le affezioni delle mucose dei segmenti più profondi del canal genitale vale fino ad un certo punto ciò che abbiamo detto parlando della mucosa della vulva e della parte bassa della vagina, che

cioè il frequente passaggio dalla forma acuta alla cronica è una particolarità determinata dalla natura stessa delle cose, e che assai raramente si ha occasione di osservare ai loro primi stadii i catarri virulenti o d'altra natura di queste parti. Ci accade bensì di vedere una colpite, una endometrite, una salpingite acuta, ma, in confronto colla grande frequenza di queste malattie, è pure un fatto abbastanza raro. Gli stadii acuti, che sogliono iniziarsi con tumultuosi fenomeni, decorrono, da quanto io ho veduto, con una discreta rapidità, se noi consideriamo come caratteristiche dello stadio acuto i primi violenti dolori e la reazione febbrile. Per lo più ci capita di vedere queste forme catarrali allo stadio di una secrezione abnorme, dopo che vi si sono associati per un certo tempo dei dolori più o meno molesti, dei disturbi nella mestruazione, e specialmente delle emorragie.

In riguardo all'anatomia patologica delle infiammazioni superficiali degli organi genitali, terremo presente che molte delle affezioni della vulva e della parte bassa della vagina vi restano localizzate e vi possono passare allo stato cronico, se non guariscono dopo uno stadio acuto. Le malattie dei segmenti più alti del canal genitale possono pure localizzarsi in determinate zone; ma di solito, quanto più profondamente si spinge il processo, tanto più esso ha tendenza ad invadere tutto il campo. Le lesioni fine di questi processi flogistici si differenziano naturalmente a seconda della diversa struttura delle parti ammalate. Le malattie della vagina, in causa dello scarso elemento ghiandolare e del copioso rivestimento di epitelio pavimentoso, decorrono naturalmente in modo spiccatamente analogo alle malattie della vulva e della cute; mentre per l'esuberante sviluppo dell'apparato ghiandolare e per l'estrema delicatezza del rivestimento di epitelio cilindrico, le malattie del collo, del corpo e delle tube hanno un modo affatto speciale di insorgere, di decorrere e di guarire. Io qui faccio astrazione dalle forme erisipelatose, crupose e difteriche, e dalle sifilitiche, che non solo hanno un modo di comportarsi affatto analogo a quello che tengono nelle altre parti del corpo, ma inoltre solo in via eccezionale si presentano all'infuori del puerperio, o di quelle malattie costituzionali che hanno per sè stesse importanza di gran lunga superiore a quella delle lesioni locali.

È ancora aperto qui un vasto campo alle ricerche di microrganismi; ma i numerosi tentativi in questa via fatti da molteplici osservatori (anche nel mio istituto il collega dott. Orthmann ha istituito ricerche in questo senso nell'apposito laboratorio) non hanno ancor dato risultati decisivi.

I sintomi delle malattie della mucosa del canal genitale possono essere assai violenti nelle forme acute; può aversi insorgenza di febbre e dolori vivissimi alla parte malata. In tutti i casi è però costante e caratteristica l'alterazione nella secrezione, l'eventuale influenza sulla mestruazione.

La diagnosi non si può più basare sul semplice esame ad occhio nudo. Se anche l'aspetto di parti accessibili alla vista solo eccezionalmente lascia campo a dubbii nell'interpretazione, tuttavia qui, e tanto più poi nelle malattie di parti della mucosa più profonde, dobbiamo riconoscere nel microscopio uno strumento indispensabile alla diagnosi. L'uso, commendato dallo Schultze, di un tampone per raccogliere la secrezione (Centralbl. f. Gyn. 1880 p. 117) non può considerarsi come dimostrativo, rimanendo pur sempre incerto il punto di origine della secrezione stessa.

Terapia. — La profilassi di queste malattie della mucosa esige una cura razionale del corpo, e specialmente la debita pulizia degli organi genitali. La pratica di una igiene razionale dovrebbe essere serio cômpito delle madri e delle educatrici; accade troppo spesso che si pecchi per ignoranza o per trascuratezza. Senza di queste cure nessuna donna sfuggirebbe all'eventuale azione di agenti irritanti, la cui attività sia messa in giuoco da un così detto raffreddamento, o dalle mutazioni apportate dalla prima comparsa delle mestruazioni, dai primi tempi del matrimonio, dai parti, o da speciali germi patogeni. Per lo più una donna intelligente può riescire colle opportune cure di pulizia a troncare il cammino a questi stati irritativi, e ad impedire l'ulteriore decorso della flogosi. — Se in rapporto con un disturbo generale della nutrizione appaiono da parte dei genitali dei fenomeni infiammatorii, questi si dissipano per solito completamente col migliorare lo stato generale e coll'attuare le cure opportune di pulizia. Quando tali disturbi non si dileguino senz'altro, può tornare ancora utile l'eccitare le funzioni digerenti, il godere aria fresca, l'astensione da ogni fatica fisica e dagli eccitamenti sessuali. In questo senso si raccomanda assai di sorvegliare le ragazze nel periodo dello sviluppo, e se possibile far cambiare a ragazze ed a donne di tempo in tempo il luogo, l'aria, e il genere di vita. Appunto per gli stadii iniziali delle malattie della mucosa potrà avere un valore apprezzabile una cura di bagni, o la dimora in una stazione alpina o di mare. Fra i bagni sono commendevoli per queste donne deboli e disposte a malattie catarrali, le acque alcaline e le acidulo ferruginose. Però la cura balneare ha per scopo piuttosto di migliorare le condizioni generali, che non di agire localmente; per una cura locale è poco opportuna la vita che si conduce ai bagni.

Se con una cura così mite non cessa l'infiammazione, o se si tratta di stadii acuti in cui la malattia si è mostrata ribelle all'azione di queste regole generali e piuttosto dietetiche, la cura dovrà essere più rigorosa e locale. Qui trova il suo posto la terapia degli stati infiammatorii acuti: il riposo, i cataplasmi caldo-umidi, o l'azione energica perfrigerante, per es. con impacchi gelati, le sottrazioni sanguigne al basso ventre, i derivativi intestinali. Le forme croniche possono richiedere anche una cura locale regolare.

Infiammazione della vulva.

Nell'infiammazione della vulva si ha in principio tumefazione e rossore; specialmente le piccole labbra possono assumere l'aspetto di voluminose ripiegature del colore di rosa. La tumefazione può occludere completamente il lume della vagina, e si determina una abbondante secrezione di un liquido purulento, per lo più di cattivo odore, prima denso, poi più tenue. Le ghiandole prendono parte al processo e si presentano assai facilmente sia come piccoli nodi ripieni di pus, o, in caso di



Fig. 100. — Bartolinite destra.

infiltrazione più estesa, come tumefazioni assai tese, che per lo più hanno esito in suppurazione, più raramente in estesi ascessi. In tutte queste malattie, fra le altre ghiandole possono infiammarsi quelle del Bartolini. I loro dutti secretori sboccano all'ostio vaginale sotto l'apparenza di una papula grigio-rossastra, all' estremità di un piccolo tubercoletto di color rosso bruno (fig. 100). La ghiandola si tumefà considerevolmente; di solito vi è ritenzione di secreto, che viene di tempo in tempo evacuato in quantità rilevanti. In altri casi la ghiandola suppura, e per molto tempo la suppurazione si limita al tessuto ghiandolare, restando immuni i tessuti vicini. Una analoga tumefazione della ghiandola può

verificarsi senza occlusione del dutto escretore; il secreto si evacua sotto leggere pressioni ai genitali esterni, nell'atto del sedere, del camminare, nel coito. In altri casi viene in scena rapida tumefazione della ghiandola, il rivestimento esterno si assottiglia, e sotto forte distensione si rompe, riversandosi all'esterno il contenuto della ghiandola che ha per lo più odore fetente.

Talvolta con un periodo quasi analogo al mestruale si alternano tumefazione e riduzione della ghiandola; può darsi che il contenuto se ne evacui periodicamente all'esterno, sia attraverso al dutto escretore, sia rompendosi il sacco, e per questa complicazione si rende oltremodo penosa alla paziente la mestruazione.

Le malattie non gonorroiche di questa ghiandola sono per lo più unilaterali; però può aversi interessamento contemporaneo, od a poca distanza di tempo, di tutte due le ghiandole. Oltre all'infiammazione delle ghiandole del Bartolini può aversi irritazione alle ghiandole pilifere, sebacee e sudorifere, in cui può determinarsi ipersecrezione ed eventualmente otturamento e formazione di ascessi.

Una descrizione minuta ci dà Winckel (1) della vulvite diabetica, della quale io ho visti 6 casi, senza però aver avuto l'opportunità di seguirli per un po' di tempo. La cute ha color rosso rameico, ed è tumefatta: qua e là sembra spolverata di cipria, in altri punti madida, e qua e là chiazzata per emorragie consecutive al grattamento; il tessuto è secco, aspro, rugoso, piuttosto rigido. L'affezione si estende ora alle pieghe inguinali ed al monte di Venere; più spesso all'indietro e verso l'ano. Assieme col diabete oscilla anche l'intensità di queste alterazioni; la vulva appare più pallida e guarisce, per ripresentare presto o tardi lo stesso aspetto.

Una forma speciale di malattia della vulva fu descritta da Breisky col nome di kraurosis vulvae. Cute e mucosa delle grandi e piccole labbra e dell'introito si corrugano, si disseccano, assumono un colorito biancastro, ed appaiono rivestite da uno spesso strato di epidermide. Il numero delle ghiandole sebacee è diminuito, il corpo papillare assume consistenza di tessuto cicatriziale, il connettivo va incontro a sclerosi. La cute viene fortemente distesa e assai facilmente si rompe, tanto che la pressione del dito durante l'esplorazione basta a causare profonde lacerazioni.

Nelle donne di una certa età, e specialmente in zitelle un po' mature, si osserva talvolta una tumefazione notevole dello strato papillare della vulva, specialmente alla superficie interna delle grandi labbra, che conferisce a queste parti un aspetto viscido, reso multicolore dalle traccie del grattamento, con emorragie puntiformi e con ragadi. Non sempre

(1) Winckel. Lehrbuch der Frauenkrankh. 1886, p. 50.

questa ipertrofia papillare è di origine gonorroica, e si riduce in tempo più o meno breve, se l'intensità dei sintomi non richiede prima una cura locale.

Rara è la febbre fra i sintomi delle malattie acute della vulva; più frequente invece l'insorgenza di vivi dolori. La tumefazione delle grandi labbra è causa di dolori tensivi, che in parte si diffondono alle porzioni di cute vicine, in parte si trapiantano sull'uretra, e ad ogni esame vi determinano forte senso di bruciore, se pure un analogo disturbo nel sistema urinario non è causato da una contemporanea metrite originata dalla stessa causa. Per lo più ne deriva un aumento nella secrezione vischiosa di queste parti. Il secreto acre ed irritante dà straordinarie molestie alla parte alta interna delle coscie, determina prurito e prepotente stimolo a strofinare le parti; più d'una volta un catarro di tal genere, innocuo per sè, costituisce un irresistibile eccitamento all'onanismo.

I catarri cronici di questa regione danno talvolta occasione ad un continuo dolore rodente, capace di portare l'ammalata alla disperazione, e poichè questi dolori si fanno tollerabili solo nel più assoluto riposo ed evitando alimento eccitante, l'infelice si esclude dalla società, abbandonandosi completamente alle proprie pene ed alla malinconia.

I dolori aumentano assai, se alla flogosi partecipano le ghiandole del Bartolini, e a seconda del già accennato loro modo di comportarsi oscilla anche l'intensità dei disturbi. È raro che una vulvite non gonorroica dia luogo a tumefazione delle ghiandole linfatiche inguinali.

La diagnosi della vulvite non va contro a grandi difficoltà, trattandosi di parti accessibili alla vista. L'arrossamento e la tumefazione negli stadii acuti, l'aumento di secrezione e di sensibilità nelle forme croniche, non lasciano sussistere dubbio sulla natura del male. Il quadro della vulvite nel diabete è già per sè abbastanza caratteristico per suggerirci l'esame dell'urina, ove non fosse già imposto da altri sintomi.

L'esistenza di una vulvite blenorragica ci dovrebbe essere svelata dal microscopio, per la dimostrata presenza di gonococchi. Però d'altra parte la mancanza di questi cocchi non ci autorizza ad escludere affatto tale eziologia. Frequentissima nella blenorragia è la complicazione con affezioni tanto delle ghiandole vulvo-vaginali che delle inguinali.

Terapia. — Nelle malattie della vulva tornano sempre di gran sollievo le lavature e le irrigazioni vaginali con un comune irrigatore. Al liquido tepido da irrigazione si aggiunge per es. dell'acetato di piombo liquido (un cucchiaio in un litro d'acqua), del solfato di rame o di zinco (5 gr. per litro), dell'acido pirolegnoso rettificato (3-5 cucchiai per litro) e così via. Le irrigazioni si fanno due o tre volte al giorno. Se le parti sono abrase od assai sensibili, si mitigheranno i dolori con unzioni mediante pomate di zinco o di piombo, o con cold cream, con pomate al-

l'iodoformio, con unguento al nitrato d'argento, oppure con un unguento fatto di 3 parti di Liq. Hollandici su 20 di lanolina. Le molestie che si esacerbano spesso pel tepore del letto subiscono una favorevole influenza per l'uso di semicupii fatti prima di coricarsi, semplici o medicati con decotto di crusca, con una temperatura di 26 gradi, che si può anche abbassare, e per la durata di 10 minuti.

2.° Infiammazione della vagina. Le forme infiammatorie non è solo

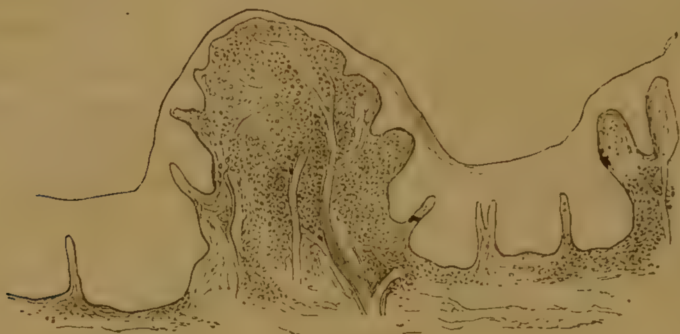


Fig. 101. — Colpite granulosa acuta (C. Ruge).

nei gravi processi infettivi che si trovano diffuse a tutta la vagina. In questi casi si ha tumefazione, dilatazione dei vasi superficiali e forte imbibizione, come accade di solito per le malattie della mucose. Talvolta la infiammazione non si estende in modo diffuso oltre al terzo inferiore: più in su verso i fornici si presenta in chiazze disseminate e ad inter-



Fig. 102. — Colpite granulosa cronica (C. Ruge).

valli. L'epitelio piatto si assottiglia e cade, e al disotto di esso fanno sporgenze le papille dello strato sotto epiteliare, assumendo per l'infiltrazione parvicellulare la forma di nodi compatti (fig. 101). Simili granuli, che hanno dato motivo al Ruge (1) di battezzare questa forma di vaginite come una colpite granulosa, si aggruppano sia disponendosi in serie all'estremità delle pieghe della mucosa, sia a gruppi qua e là sulle pareti vaginali o sui fornici. L'infiltrazione cellulare può portare anche alla formazione di un nodo considerevole; questi nodi fortemente va-

(1) C. Ruge. Zeitschrift f. Geb. und Gyn. IV p. 153.

scolarizzati, spinti verso la superficie, possono anche emergere liberamente dopo la caduta dell'epitelio che li riveste; spiccano allora pel colorito rosso scuro e pel livello sui tessuti circostanti. Successivamente per la regressione dell'infiltrazione, e pel rifarsi del rivestimento epiteliare, può ristabilirsi il livello della superficie (fig. 102) in modo che i granuli non si possono più percepire che col tatto. In questa forma la colpite cronica granulare può durare per molto tempo. Intanto la secrezione si sviluppa con straordinaria intensità, ed infatti nelle forme infiammatorie della vagina è sempre abbondantissimo il secreto mucopurulento. Questo secreto viene naturalmente trattenuto con grande facilità sia nelle cripte della mucosa, sia dietro l'ostio vaginale se angusto

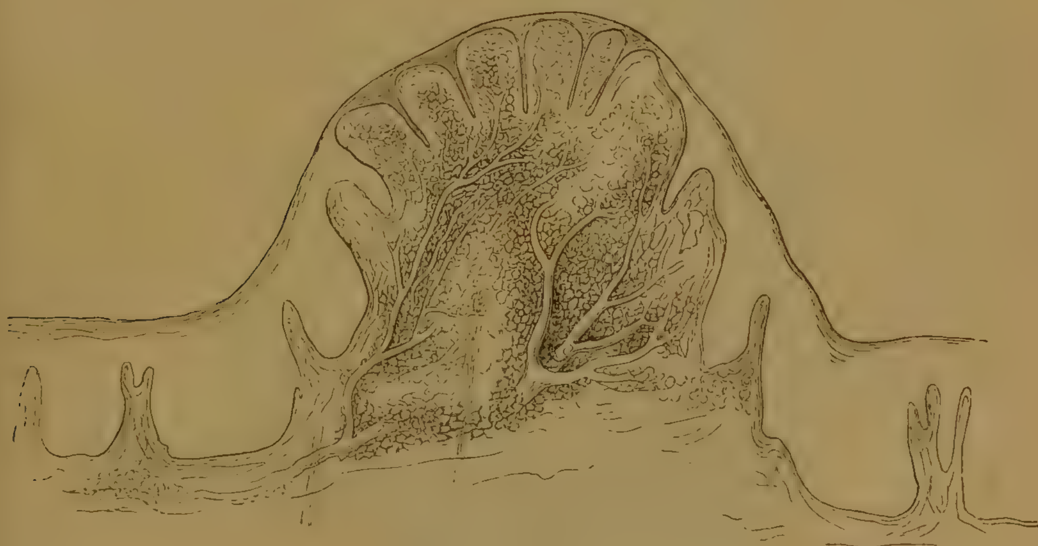


Fig. 103. — Colpite adesiva cronica.

o tumefatto, e per il copioso sviluppo di bacterî passa facilmente in decomposizione. La natura acre ed irritante di questo secreto decomposto può, come è noto per altre secrezioni catarrali di altre mucose, determinare alla cute della vulva e delle natiche delle estese erosioni, la cui guarigione viene a lungo ostacolata dall'inevitabile imbrattamento per le feci, le urine, il sudore, la polvere, e per lo sfregamento delle superfici tra di loro e contro gli abiti.

In donne di età avanzata, specialmente oltre all'età critica, ma più d'una volta anche cominciando dal 30.° anno di età, si sviluppa una forma di colpite, nella quale, colla comparsa di numerose ecchimosi e delle descritte granulazioni, l'epitelio piatto va perduto, o si assottiglia, riducendosi a pochissimi strati. Questi processi possono trovarsi localizzati ai fornici o in tutta la vagina; procedono di pari passo con un caratteristico impallidimento del colore e diminuzione della secrezione, e sono

contrassegnati dalla tendenza al coalito fra le opposte pieghe della mucosa che vengono a contatto. Simili pieghe possono ricoprire completamente la portio, che sembra perciò come retratta al disopra dei fornici. Queste aderenze però si ripetono anche nel resto del canal vaginale, e possono spingersi fino alla completa obliterazione del lume della vagina. È raro trovare donne vecchie in cui non si riscontrino questi coaliti. Questa forma della malattia è quasi tipica per l'involuzione senile della vagina; viene in scena coi sintomi più svariati, e porta per lo più come esito all'impiccolimento del lume del canale, se non concorrono irritazioni specifiche e se la donna cessa dai rapporti sessuali: *colpitis ad-*

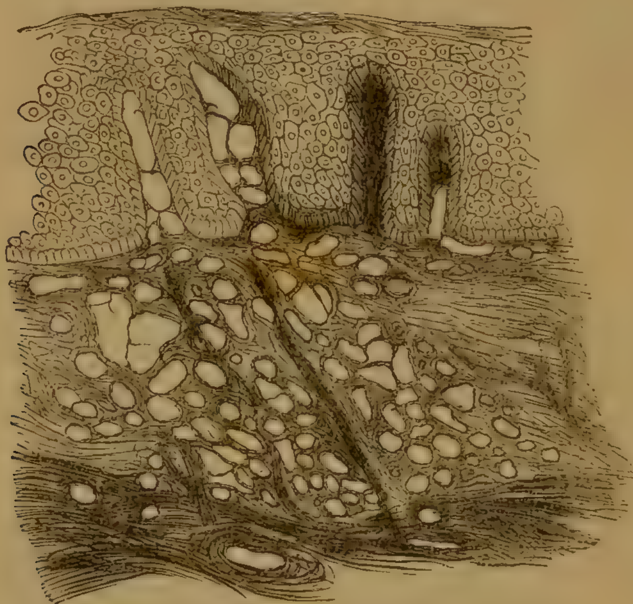


Fig. 104. — Colpite enfisematosa (da C. Ruge).

haesiva chronica vetularum (fig. 103) (1). Naturalmente nella vagina, accanto a questa forma di coalito e di aderenze, se ne trovano altre che ebbero origine da un processo distruttivo flemmonoso od ulcerativo. Queste si riscontrano con relativa maggior frequenza nella parte bassa della vagina, e naturalmente vi mancano i fenomeni irritativi caratteristici dovuti allo sviluppo di granulazioni.

Recentemente Winckel richiamò pel primo (2) l'attenzione su un altra affezione della vagina, la *colpo-iperplasia cistica* che si verifica durante la gravidanza, ma anche all'infuori di questa, e fa sì che la vagina sembri disseminata di tanti piccoli granelli resistenti, nei quali

---

(1) Hildebrandt. Monatscrift. f. Geburtsk. XXXII p. 128.
(2) Archiv f. Gynäk. II p. 406.

si sviluppa uno spazio cistico con contenuto gazoso. Secondo le ricerche di C. Ruge (1) l'aria in questa strana forma morbosa è raccolta negli spazii connettivali, per cui parrebbe pienamente giustificata la denominazione suggerita dallo Zweifel (2) di *colpite enfisematosa* (fig. 104). Questa forma di colpite si presenta con o senza infiltrazione cellulare, con stravasi di diversa grossezza appena al disotto della superficie, e sarebbe, secondo alcuni, per la decomposizione di questi stravasi che ha origine lo sviluppo di gaz. Sul modo con cui questo si effettua furono istituite diverse ricerche, che non hanno però finora fornito un risultato soddisfacente. Disseccandosi ed assottigliandosi manifestamente l'epitelio di rivestimento, gli spazii gazosi si avvicinano sempre più alla superficie, sotto la quale vengono facilmente percepiti come punti ruvidi, scroscianti, in grembo alla mucosa della vagina. Si trovano raccolti in gruppi più o meno grossi, e costituiscono con una certa frequenza un reperto accidentale.

Sintomi. — I catarri della vagina possono passare quasi senza alcun sintomo, appena che abbiano oltrepassato il doloroso stadio acuto. Molte donne non provano disturbo nemmeno per una secrezione assai abbondante, a meno che la loro attenzione non sia attirata su questo incomodo, per la decomposizione di secreti stagnanti, per l'odore che ne risulta e per l'irritazione che le secrezioni portano sulle parti esterne.

Il secreto è di natura assai varia; ora gialliccio per prevalente miscela di pus, ora piuttosto mucoso; contiene sempre molteplici microrganismi. Non è raro che per una eventuale miscela di sangue si determini un colorito bruno della secrezione. Vi si trovano inoltre sempre copiosi epitelii, muco coagulato ed occasionalmente particelle estranee di pulviscoli od altro.

La ricerca dei microrganismi che vi si trovano con tanta frequenza ha ricevuto una valida spinta dagli stadii di Hausmann (3) nella Clinica di E. Martin.

La forma di colpite che abbiamo descritto come propria delle vecchie, è specialmente caratterizzata dalla frequenza di dolori vivi e cocenti. La *colpitis vetularum* può però decorrere anche quasi senza un sintomo fino a completa obliterazione della vagina; ma di regola è causa di molestie tanto vive, da tormentare continuamente le infelici pazienti. La mucosa si fa lucente, ma non è coperta da copiosa secrezione; appare pallida con macchie rossigne o pavonazze.

Diagnosi. — La diagnosi delle vaginiti è molto facilitata dai mutamenti che si verificano nell'aspetto della parte, e dalla aumentata sensibilità della parete vaginale. L'esame microscopico del secreto può darci

(1) Zeitschrift f. Geb. und Gyn. II, p. 29.
(2) Archiv. f. Gynäk. vol. XII, p. 39.
(3) Die Parasiten des weiblichen Geschlechts. 1870.

notizie sulla sua eventuale natura, ma, come è noto, la mancanza di gonococchi non basta ad escludere l'indole virulenta del male. Se la forma granulosa e l'adesiva si riconoscono di solito facilmente, è più facile che sfugga alla diagnosi la forma enfisematosa, quando le cisti gazose sono piccole e disperse nella profondità dei tessuti. Nei casi di mia osservazione richiamava l'attenzione in modo speciale la secchezza della mucosa al disopra delle cisti gazose.

La cura delle vaginiti dovrà sempre cominciare con una sufficiente disinfezione di questo canale così ricco in ripiegature. Naturalmente le malattie generali, se esistono, meritano nello stesso tempo una opportuna medicazione, così per es. la scrofolosi, la clorosi, ecc.; sotto questa cura non è raro veder scomparire anche il male locale. Un troppo zelante intervento locale è specialmente inopportuno quando esista una vaginite, specialmente le cure coi pessarii, mentre d'altra parte accade abbastanza di spesso, che la guarigione di un male dell'utero ponga un termine all'affezione vaginale. Io consiglio a tutte le donne di praticare delle irrigazioni vaginali di acqua tiepida o fresca, come parte integrante della loro toilette. In caso di vaginite vi si fanno le aggiunte medicamentose già accennate. A coadiuvarne l'effetto giovano i semicupii, applicando contemporaneamente uno speculum da bagno tubulare con pareti perforate, di calibro proporzionato all'ampiezza della vagina, allo scopo di portare il liquido del bagno in contatto colle parti ammalate. Raramente io faccio uso di pomate con allume, tannino o altri simili mezzi. Più adatte sono le medicazioni con acido pirolegnoso, con tintura di iodio o con soluzione di nitrato ossido di mercurio, previa applicazione dello speculum; specialmente nella colpite senile è efficacissimo mezzo l'acido pirolegnoso secondo i precetti di C. Mayer (1); la sua azione fu esattamente dimostrata dall'Hofmeier (2). Se la vaginite resiste a queste cauterizzazioni ripetute 2 o 3 volte la settimanana, si potrà, per avere un'azione più duratura, portare il medicamento in posto su un tampone alla glicerina, o in forma di globi di burro di cacao, che sono più facili da applicarsi dei tamponi e che non hanno bisogno di essere rimosse.

Se la secrezione abnorme perdura ad onta delle cauterizzazioni, io ricorro anche per queste forme alla cura con tamponi alla glicerina, cui sia aggiunto del tannino, dell'iodio o dell'iodoformio. Batuffoli di cotone idrofilo puro, della grossezza di una piccola mela, fortemente serrati da un filo, bagnati nell'acqua, poi spremuti e ridotti così notevolmente di volume, vengono imbevuti della glicerina all'acido tannico, e introdotti dalla donna stessa.

La maggior parte delle donne vi riescono abbastanza bene, ed è

---

(1) Rendiconti della Società Ostetrica di Berlino, 1861.
(2) Zeitschrift f. Geb. und Gyn. V, p. 331.

raro che il medico debba introdurre egli stesso i tamponi o farli applicare da una levatrice, o consigliare alla donna i noti portatamponi, come li ho visti specialmente dai fabbricanti inglesi. Questi batuffoli si lasciano in vagina per 8-12 ore, e vengono poi tolti tirando sul filo che pende all'esterno. I grumi che si formano sotto l'azione del medicamento dovranno essere esportati con metodiche lavature vaginali.

La colpite adesiva talvolta guarisce con sorprendente rapidità dietro la cauterizzazione con acido pirolegnoso. Il liquido vien versato nello speculum, e lasciato agire per alcuni minuti sulle parti ammalate posto nel campo dello speculum. In altri casi non si può sui principii fare a meno dell'uso dei narcotici.

Della cura di quelle forme di vulvite e vaginite che si appalesano col quadro del vaginismo, mi occuperò più avanti.

Ricorrendo ad evacuanti miti e ad una opportuna e regolata dieta, colla massima limitazione possibile delle bevande alcooliche, al riposo sessuale e al regolare moto all'aperto, di solito i disturbi scompaiono, cosicchè non è necessario usare troppo a lungo o troppo spesso le cauterizzazioni delle zone che si mostrano ammalate alla vulva od in vagina.

Preferisco la tintura d'iodio nelle vulviti e vaginiti, in cui le papille si elevano a guisa di capezzolo al disopra della superficie; l'iodio determina di solito un rapido prosciugamento di queste rilevatezze. Il dolore causato dall'applicazione della tintura di iodio di regola scompare presto; trattandosi di donne assai sensibili, si può mettere la tintura di iodio a parti uguali colla glicerina.

In rari casi le papille resistendo a queste cauterizzazioni si devono escidere col bistorì o colle forbici (1). Io ho visto avvenire la guarigione dopo l'escisione di piccoli segmenti ipertrofici: in altri casi persistettero a lungo dei disturbi provenienti dalle cicatrici.

Se lo stato irritativo della vulva e della vagina è sintomo di diabete, la guarigione si potrà sperare solo dietro l'uso della cura conveniente, e specialmente quella delle acque di Karlsbad.

3.° Infiammazione della mucosa uterina.

I. Note anatomo-patologiche delle infiammazioni della mucosa uterina.

A) Nelle forme acute della malattia si constatano le solite alterazioni di tutte le malattie acute delle mucose; tumefazione forte con imbibizione e rilasciamento della mucosa; rossore intenso e perfino qualche ecchimosi; esagerata attività dell'apparato ghiandolare. Appunto quest'ultimo carattere contribuisce a render più ardua la distinzione dei singoli stadii del male. Mentre il secreto della mucosa cervicale allo stato

(1) Schröder: Zeitschrift f. Geb. und Gyn. vol. XI. Küstner: Centralbl. f. Gynäk. 1885, n. 11.

sano rappresenta una massa vischiosa, e la secrezione invece del cavo uterino è un liquido sieroso, acquoso, scarsamente elaborato, nel caso di malattia acuta con distacco dell'epitelio si ha anche nel corpo una secrezione di masse muco-sanguinolente, miste in scarsa quantità a pus, che contengono per lo più, assieme agli epitelii staccati, anche dei tubi ghiandolari in maggior o minore estensione. Il secreto ha allora un aspetto giallo rossiccio o piuttosto puriforme, e alla superficie della mucosa le ghiandole ancora riempite di questa secrezione appaiono come punti giallognoli o biancastri.

B) Nelle forme croniche, il così detto catarro uterino, possono persistere a lungo la tumefazione, il ricco sviluppo vasale, ed eventualmente anche la formazione di ecchimosi; quasi sempre dopo una malattia di una certa durata la secrezione di questa mucosa resta aumentata. I catarri cervicali (*a*) si distinguono nel loro ulteriore sviluppo anatomico in modo caratteristico dai catarri del corpo (*b*). Sebbene con frequenza passino l'uno nell'altro, è però di grande importanza, per l'ulteriore giudizio su questi processi infiammatorii, il tener separate le forme morbose nelle diverse zone di mucosa.

a) Nei catarri cervicali cronici spicca anzitutto una notevole tendenza a mutamenti nel rivestimento epiteliare. Mentre si modificano ed aumentano gli epitelii cilindrici, la superficie mucosa stessa vien notevolmente inspessita per il forte corrugarsi in pieghe, specialmente in corrispondenza alle *plicae palmatae*: la mucosa si rigonfia facendo sporgenza in basso dall'orificio esterno, ove appare come una massa molliccia, di color rosso vivo, e con copiosa secrezione; d'altra parte l'epitelio cilindrico prolifera, irradiandosi dall'orificio esterno al di là del suo normale confine, e ricacciando davanti a sè il rivestimento di epitelio piatto; e tutta la porzione vaginale, e al di là di questa perfino la superficie dei fornici, appare allora rivestita non più di epitelio stratificato, ma da un epitelio cilindrico con un unico o con pochi strati. Oltre a questo modo di sviluppo in superficie, si ha un notevole aumento dell' area secernente, dovuto alle numerose introflessioni a tipo ghiandolare, che si formano sotto la superficie della portio (fig. 105). Tali introflessioni, rivestite all'interno da un delicato epitelio cilindrico, possono poi dividersi nuovamente nello spessore dei tessuti per dar luogo a nuove diramazioni, e penetrare quì, come anche nel canal cervicale stesso, nello spessore dello strato muscolare che serve di sostegno alla mucosa. Queste zone di epitelio cilindrico che vanno distendendosi in superficie costituiscono le così

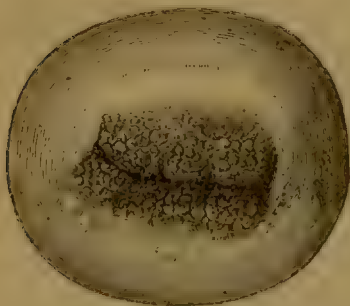


Fig. 105. — Erosioni della porzione vaginale (da Ruge e Veit)

dette *erosioni*, su cui tanto si discusse negli ultimi tempi. La fig. 106



Fig. 106. — Le erosioni della fig. 105 vedute al microscopio.

ci dà l'aspetto microscopico di una sezione del pezzo cui si riferisce la figura precedente. L'epitelio pavimentoso conservato ancora alla parte

inferiore, fa mano mano passaggio alla proliferazione ghiandolare della parte ammalata. Questa mostra alla superficie dei canali ghiandolari più o meno lunghi, che spesso si suddividono. Gli elementi ghiandolari che

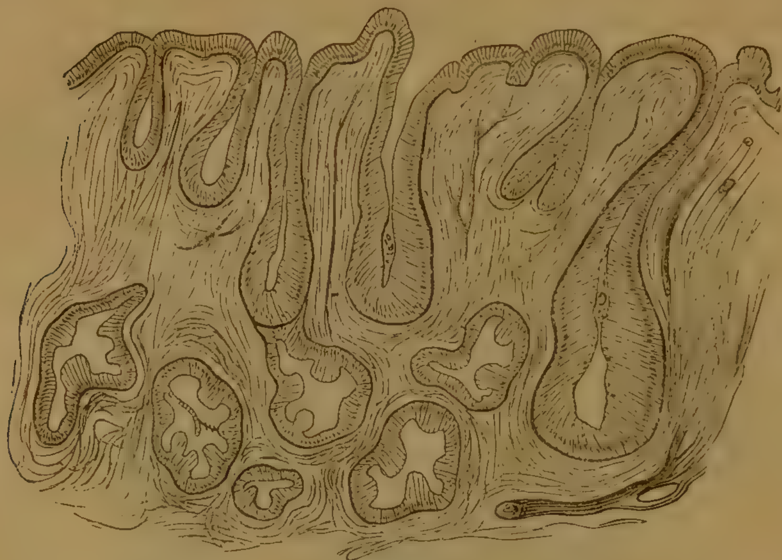


Fig. 107. — Erosione papillare (da C. Ruge).

si vedono alla parte profonda non sono altro che sezioni delle estremità isolate di talune fra queste introflessioni.



Fig. 108. — Erosione follicolare (da C. Ruge).

Si possono distinguere nettamente diverse forme di questa alterazione, che comunemente passano in clinica sotto il nome complessivo di erosioni. Può cioè darsi che nell'ulteriore sviluppo dei prolungamenti

ghiandolari, lo strato frapposto alle ghiandole prenda parte in misura preponderante al processo produttivo; e si hanno allora i casi nei quali il connettivo si eleva in forma di papille fra le ghiandole, che, disposte con una certa regolarità a palizzata, si spingono nella profondità dei tessuti (fig. 107): le così dette *erosioni papillari*, o, come le chiama Ruge, l'*ulcera papillare*. Un'altra forma è l'*erosione follicolare* (fig. 108), nella quale le introflessioni ghiandolari profonde, per il secreto stagnante, si distendono, atteggiandosi a grandi spazii follicolari. Sotto la pressione di questi spazii follicolari di solito i tramezzi interghiandolari di connettivo vengono divaricati, e così si va formando il quadro dell'erosione follicolare come risulta dalla annessa figura. A queste modificazioni alla superficie si associa in molti casi una alterazione anche nello stroma pro-



Fig. 109. — Ectropio della mucosa cervicale, visto allo speculum.



Fig. 110. — Pezzo esciso del collo.

prio del collo. La penetrazione profonda delle ghiandole negli strati muscolari e connettivali dà luogo ad una forte irritazione, la quale si fa manifesta già macroscopicamente col notevole aumento di volume, dovuto ad uno sviluppo corrispondente di vasi, talvolta veramente straordinario, e ad una discreta infiltrazione cellulare (fig. 109). Specialmente se preesiste una soluzione di continuo nelle commissure laterali del muso di tinca, la mucosa cervicale viene a fare forte sporgenza, e pare rivestire la superficie esterna del collo (Ectropio della mucosa cervicale). Se la superficie, già alterata per questa endometrite e per la frequente complicanza di una metrite del collo, è colpita da qualche trauma, l'eliminazione del pezzo così intaccato può lasciare un difetto di sostanza, di un aspetto (fig. 110) che corrisponde clinicamente a quello delle degenerazioni carcinomatose del collo.

L'aumento dell'apparato secernente, e le abbondanti perdite che ne

sono la conseguenza, sono di regola complicate da una tendenza assai accentuata alle emorragie. Se ora la superficie del collo appare frastagliata, e fra le intaccature fanno sporgenza i tramezzi connettivali infiltrati e rigidi, si ha una estrema rassomiglianza colle ulcerazioni maligne, rassomiglianza che è pur troppo spesso completata dalla sensazione che danno le pliche palmate, dure, quasi nodose.

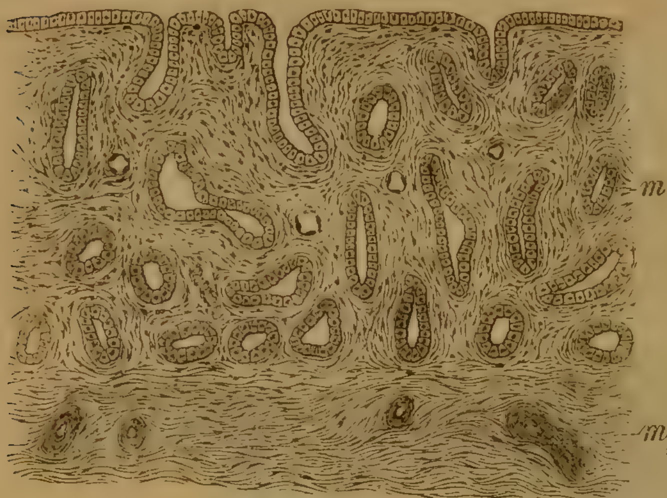


Fig. 111. — Mucosa normale dell'utero (Hartnack oc. 2. obb. 4). Sezione longitudinale *m* mucosa, *m'* muscolare (Orthmann).

Le erosioni sono da considerarsi come un fenomeno secondario dell' endometrite del collo, senza però che si debba attribuire loro costantemente un carattere cervicale.

b) Le infiammazioni croniche della mucosa del corpo uterino presentano un notevole sviluppo dell'apparato vasale, ed una abbondante infiltrazione cellulare del connettivo interghiandolare. La mucosa, alterata per la tumefazione e per la formazione di pigmento derivante dalle ecchimosi, sotto l'influenza di questa infiltrazione può assumere una consistenza molle, quasi vellutata. Anche qui si possono al microscopio distinguere nettamente diverse forme.

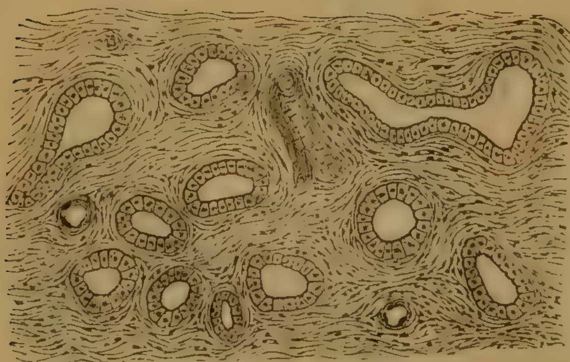


Fig. 112. — Mucosa normale dell'utero. Sezione trasversale (Orthmann).

Per meglio illustrare questi processi comincio col riportare nella fig. 111 una sezione verticale della mucosa normale dell'utero, e nella fig. 112 una sezione trasversale.

Si deve distinguere:

1.° L'endometrite interstiziale cronica del corpo.

2.° l'endometrite glandolare cronica del corpo.

1.° Nell'endometrite interstiziale, di cui diamo un buon disegno alla fig. 113, la compartecipazione dello stroma si appalesa nei casi recenti

colla proliferazione dei singoli elementi cellulari. Vi si trovano ora ab-

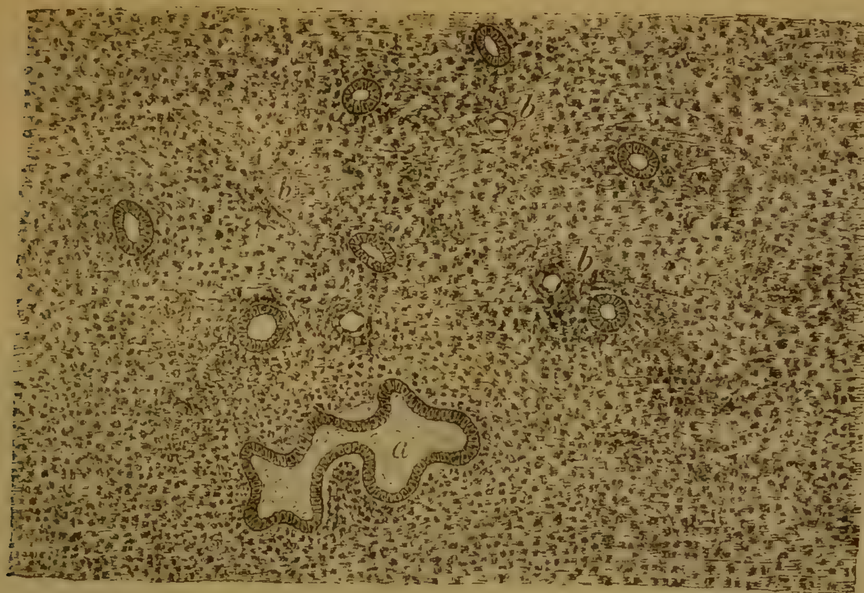


Fig. 113. — Endometrite interstiziale *a*, ghiandole *b*, vasi (Orthmann).

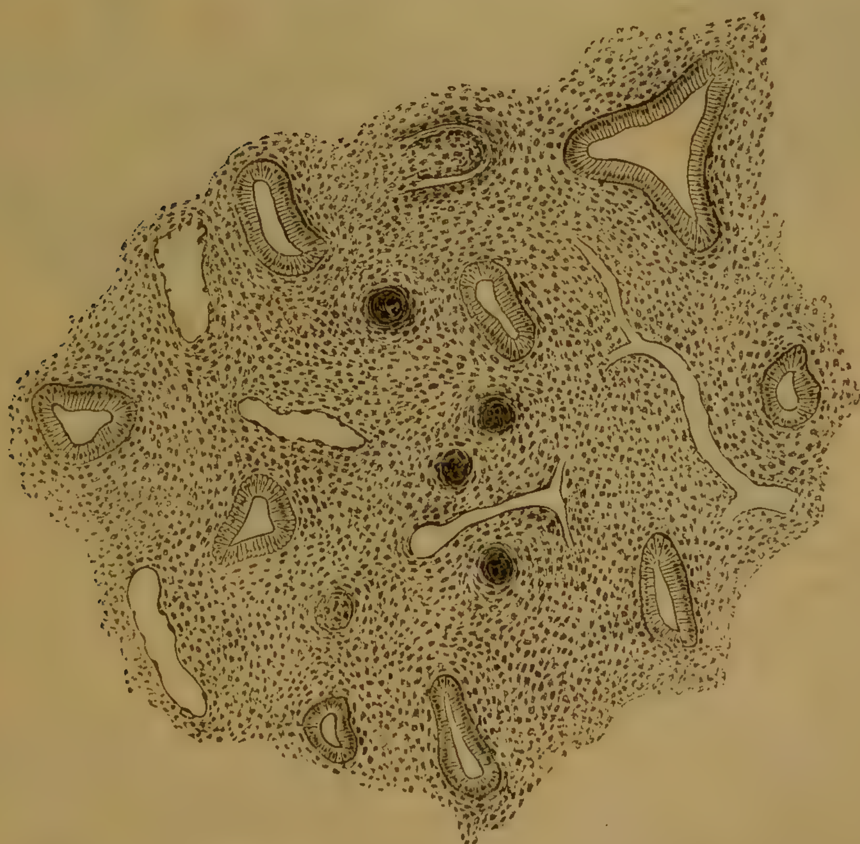


Fig. 114. — Endometrite interstiziale. Sezione trasversale (ingrand. 250).

bondanti cellule rotonde (fig. 114), ora prevalenti le fusate (fig. 115). Questa endometrite interstiziale è la forma più frequente di endometrite,

essa si distingue per lo più per la tendenza alle emorragie, di rado soltanto per vivi disturbi dismenorroici. In questa endometrite si ha una proliferazione diffusa di tramezzi connettivali negli interstizii tra ghiandola e ghiandola. In altri casi le infiltrazioni sono più circoscritte, così che la superficie appare interrotta da irregolari rialzi, mentre i lumi ghiandolari spiccano fortemente anche all'occhio nudo.

2.° Nell'endometrite ghiandolare predomina l'alterazione dell'apparato secernente, che si appalesa nello sviluppo dei tubi ghiandolari, i quali assumono decorso tortuoso con diramazioni quasi dendritiche, facendo contrasto col decorso normale rappresentato nella fig. 111 (la fig. 116 che

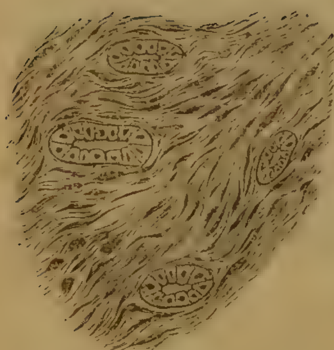


Fig. 115. — Endometrite interstiziale cronica (da Schröder).



Fig. 116. — Endometrite ghiandolare (da Ruge).

dimostra questa forma è disegnata dal Ruge ed è tolta da un mio preparato).

Oltre alle due forme ora descritte di endometrite cronica del corpo hanno qualche cosa di caratteristico anche le seguenti forme: 3.° l'endometrite fungosa, 4.° l'endometrite post-abortiva, e 5.° l'endometrite esfoliativa.

3.° È una forma mista o diffusa che ritrae dalle due già descritte, e nella quale sono colpiti tutti gli elementi della mucosa, benchè con intensità non eguale.

Questa forma, descritta prima da Récamier (1), poi da Olshausen (2) battezzata per *endometrite cronica iperplastica*, *l'endometrite fungosa*, si distingue dalle forme ghiandolare ed interstiziale per lo sviluppo in

---

(1) Union Médicale 1850. 1 e 8 giugno.
(2) Archiv. f. Gynäk. VIII. p. 97.

massa della mucosa. Mentre in quelle forme la mucosa ha uno spessore di 3-4 mm., nella forma fungosa lo spessore raggiunge fino i 15 mm. Nella struttura della mucosa fungosa ritroviamo le note dell'endometrite interstiziale e della ghiandolare. Per l'aumentato volume dei tra-

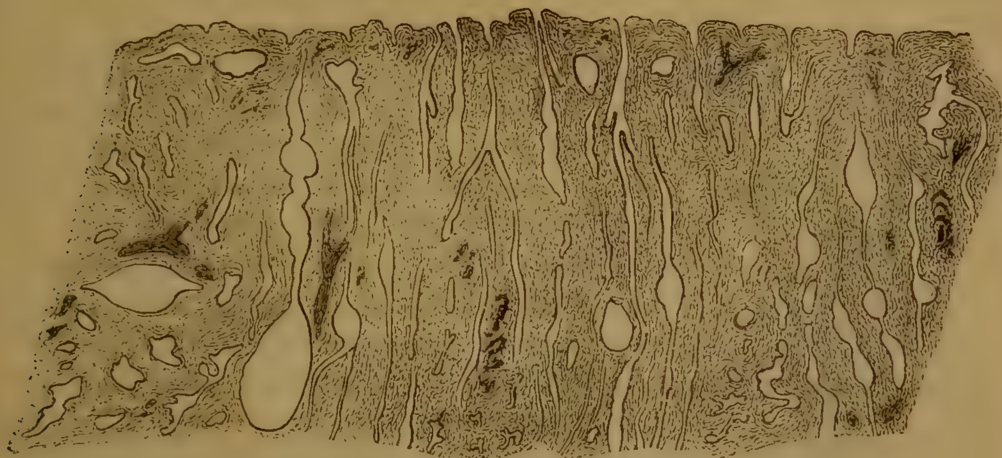


Fig. 117. — Endometrite fungosa con prevalenza della forma ghiandolare a sinistra della interstiziale a destra.

mezzi le ghiandole vengono allontanate l'una dall'altra; si mostrano qua e là strozzate: nei segmenti isolati sono ectasiche, tanto che nella se-



Fig. 118. — Endometrite postabortiva (da Schröder) *dd*, isole deciduali.

zione orizzontale si ha un aspetto come di staccio, coi lumi ghiandolari ad una certa distanza. Le ghiandole poi sono effettivamente aumentate; i singoli tubi sono più volte contorti, con decorso tortuoso, a spira, oppure ramificati, mentre qui appunto il tessuto interstiziale ha poca parte

alle alterazioni. Del resto non di rado si incontrano sulla stessa mucosa le varie forme miste, cosicchè i preparati tolti dai residui di un raschiamento abbastanza esteso possono mostrare quadri tipici delle diverse forme di endometrite. La fig. 117 mostra in una metà delle ghiandole fortemente ectasiche, nell'altra dei tramezzi molto sviluppati, quali si trovano appunto in uno dei miei preparati, di cui devo il disegno a C. Ruge.



Fig. 119. — Stampo della cavità uterina nella endometrite esfoliativa (Dismenorrea membranosa).

4.° Già da un certo tempo si constatò il frequente verificarsi di una endometrite post-abortiva. Una incompleta espulsione della decidua può dar luogo a formazione di isole di masse epiteliari deciduali, con infiltrazione cellulare della mucosa circostante (come è detto da C. Ruge nel trattato di Schröder p. 119). Da queste isole il processo flogistico si diffonde a tutta la mucosa (fig. 118), oppure invece dell'involuzione puerperale si ha un processo produttivo infiammatorio. Secondo C. Ruge (l. c.) si ha allora di preferenza la forma interstiziale, cui del resto nell' ulteriore decorso può associarsi la compartecipazione delle ghiandole.

5.° *Nell'endometrite esfoliativa*, senza causa, almeno fino ad ora, apprezzabile, ha luogo una espulsione della mucosa infiammata, in forma di grossi lembi, che talvolta riproducono come uno stampo la forma della cavità uterina. Questa malattia si incontra in casi non tanto rari, tanto in ragazze, in cui tale eliminazione di membrane si è presentata in quasi tutte le mestruazioni cominciando dalla prima, quanto in donne che hanno partorito. Per lo più l'espulsione di lembi considerevoli avviene solo a lunghi intervalli, anzi può darsi che solo dopo una pausa di anni si ripeta il distacco di estesi frammenti di mucosa, mentre nel frattempo la mestruazione non è accompagnata da nessuna eliminazione di questo genere. In altri casi si viene in modo sporadico alla espulsione di tali membrane, anche dopo che precedette una gravidanza; in altri coll'avvicinarsi dell'età critica l'esfoliazione si fa sempre più spiccata. È facile confondere queste membrane (fig. 119) con un prodotto abortivo, poichè risultano dagli strati superficiali e ben conservati della mucosa uterina, colle ghiandole otricolari e col tessuto interghiandolare. Una caratteristica importantissima per la diagnosi è la mancanza delle cellule deciduali grandi ed irregolari. I lembi presentano da una parte la liscia superficie mucosa, mentre dall'altra sono irregolari: sulla superficie interna si distinguono chiaramente dei solchi e dei lumi ghiandolari.

È importante escludere che si tratti quì di una forma morbosa spe-

ciale, come si intendeva finora da molti questa così detta dismenorrea membranacea, e mettere invece in sodo che si tratta esclusivamente di un processo infiammatorio, con una esfoliazione caratteristica della mucosa infiammata. Queste membrane ci danno l'idea di una endometrite interstiziale, in cui il tessuto intercellulare è colpito più che non le cellule dello stroma. La rete che esso forma è inspessita, e attraversata da abbondanti fibre elastiche. Le stesse cellule presentano qua e là ingrossamento del nucleo e del corpo cellulare, tanto che sembra avere davanti a sè come un gradino di passaggio alle vere cellule deciduali (C. Ruge) (1).

Nell'ulteriore decorso tutte le orme di endometrite corporeale possono giungere a guarigione, con ripristino della primitiva struttura normale. In altri casi nella mucosa si stabilisce una specie di processo cicatriziale. L'epitelio vibratile, che cade precocemente, non vien sostituito; la superficie interna si ricopre di cellule basse quasi simili all'epitelio pavimentoso. Le ghiandole si appiattiscono dilatandosi i loro lumi, e appaiono infine come semplici escavazioni; la secrezione cessa, tanto che infine la superficie interna può sembrare rivestita come da un semplice strato connettivo.

È necessario, per apprezzare i reperti microscopici, avere un esteso esercizio, come io ho potuto acquistarlo sotto l'efficace direzione di C. Ruge, per trarre una sicura diagnosi dal tortuoso convoluto di ghiandole e di vasi, e dallo stato degli interstizii. Tutto un preparato può contenere quasi esclusivamente delle sezioni di tubi ghiandolari, tanto da giustificare la denominazione di *endometrite cronica adenomatosa*, tanto più che queste ghiandole acquistano una importanza speciale per la tendenza alle recidive, e per l'innegabile disposizione ad una tardiva degenerazione maligna, come io lo deduco da osservazioni che avrò occasione di richiamare più tardi.

II. I sintomi speciali dell'endometrite nello stadio acuto sono vivi dolori al basso ventre, con forme quasi di coliche, senso di peso, di ripienezza, tenesmo rettale e vescicale, ed anche fenomeni di irritazione peritoneali. Se questi sintomi si mitigano, subentrano le note caratteristiche dei catarri cronici, cioè alterazioni nella secrezione e disturbi mestruali. Anche qui non sempre si ha immediato aumento della secrezione: essa può variare assai nelle malattie delle mucose. Per lo più il secreto vischioso cervicale è alterato da abbondante miscela con liquidi mucoso-purulenti, e spesso dalla presenza di sangue: vi si trovano anche epitelii staccati e specialmente porzioni di ghiandole. Anche questi secreti si decompongono assai facilmente, e spandono allora un cattivissimo odore. Nella endometrite interstiziale in special modo si ha mar-

(1) Vedi anche Löhlein. Zeitschrift f. Geb. und Gyn. XII, p. 465.

catissima tendenza ad emorragie anche extramestruali. Di solito nei catarri della mucosa uterina la mestruazione è irregolare. I primi momenti del periodo mestruale, prima della comparsa del sangue, sono accompagnati da vivi dolori. Stabilitosi il flusso sanguigno, la perdita si fa tosto esuberante, e viene talora espulsa sotto dolori colici, con getto intermittente, sempre legato ad esacerbazione dei dolori ai lombi, agli inguini e al sacro. Sotto l'influenza del catarro della mucosa può anche aversi diminuzione del flusso sanguigno, ma in questi casi mi restò per lo più l'impressione che l'irregolarità mestruale fosse piuttosto in rapporto colle alterazioni di nutrizione che accompagnano il catarro, o più ancora colla malattia degli strati profondi dell'utero, che tanto spesso complica lo stato morboso della mucosa. Anche qui si devono distinguere i sintomi del catarro del collo, da quelli del catarro del corpo.

1.° Catarro del collo.

A. I catarri acuti della mucosa cervicale hanno comuni i sintomi cogli altri processi analoghi. Dopo che la secrezione si è per breve tempo sospesa, segue un abbondante scolo di un liquido tenue, talvolta tinto in rossastro da sangue. Se il catarro coincide coll'epoca mestruale, non potrà la tumefazione della mucosa determinare la sospensione dello scolo sanguigno, perchè questo non è infine una secrezione della mucosa, ma può darsi che il lume del canale venga otturato dalla mucosa tumefatta, e ne segua ostacolo all'emissione del sangue versato, e perciò sospensione mestrua. I soliti fenomeni concomitanti sono dolori, talvolta con brivido e rialzo di temperatura, sensibilità nello scavo, tenesmo rettale e vescicale.

B. I catarri cronici della mucosa cervicale per via delle profonde alterazioni nell'apparato ghiandolare danno luogo a ulteriori e più spiccati sintomi. La mucosa assai ipertrofica, che sporge dall'orificio esterno, viene così alterata per la sua tumefazione e per le introflessioni ghiandolari che la attraversano, da dar luogo facilmente ad emorragie, tanto più se per lunga durata del male si ha distruzione e perdita di sostanza. Allora ogni moto, ogni scossa, una defecazione difficile, le coabitazioni possono far tinto in rosso lo scolo, e ciò in unione cogli sconcerti nella nutrizione generale, pei dolori e per le profuse perdite, può mentire i sintomi clinici di una degenerazione maligna del collo.

Da poco tempo fu rilevata la reciproca influenza tra catarri uterini e lesioni di continuo della cervice, le così dette lacerazioni cervicali, che tanto spesso figurano come conseguenze di un parto. Io mi associo a quelli (1) che ammettono che il catarro non sia in modo assoluto una conseguenza necessaria di queste lacerazioni, perchè capita

(1) Schröder. Charité-Annalen, VI.

spesso di trovare queste lacerazioni, senza catarro (1). Siccome io credo che, perfezionati i nostri metodi di indagine, si dovrà trovare per il catarro una causa specifica, così ammetto che la lacerazione costituisca solo una predisposizione all'ingresso del principio patogeno, e che il catarro venga poi ad aggravarsi, pel fatto che la lacerazione permette alla mucosa cervicale di estendersi in superficie anche attraverso al punto lacerato. Ed allora, o la mucosa fortemente ipertrofica, mantenendosi nei suoi antichi confini, viene a far sporgenza alla superficie del collo, ed alterando profondamente gli strati sottoposti, arrovescia all'infuori le labbra cui manca il sostegno fornito loro in condizioni normali dall'integrità dell'orificio esterno (eversione delle labbra); oppure il processo, diffondendosi attraverso il punto lacerato, raggiunge la superficie esterna del collo, e si spinge alle parti vicine, verso i fornici vaginali (vedi figura 109) (2).

I catarri cronici del collo in certi casi per la tumefazione della mucosa determinano l'occlusione del dutto escretore di quelle ghiandole più profonde, di cui ci siamo occupati a pag. 183. I follicoli da ritenzione che ne derivano, da parte loro spiegano una compressione sui tessuti vicini e danno così occasione a dolori lievi, ma persistenti, nel bacino. Questi dolori si fanno più spiccati quando l'orlo di mucosa che contorna l'orificio esterno contrae delle aderenze parziali fra due punti opposti, e si origina così una stenosi, dietro alla quale si accumula il secreto. Si ha allora una forma speciale di allungamento della porzione sopravaginale, con dilatazione ad ampolla della cavità cervicale. Se più tardi il catarro scompare, e la secrezione cede per atrofia della mucosa, persisterà però, oltre alla stenosi dell'orificio esterno, anche l'allungamento della porzione sopravaginale. Un tale nesso eziologico ho avuto campo di osservarlo non solo in donne nullipare, ma anche in donne che avevo già avuto occasione di esaminare in travaglio di parto o per malattia d'altro genere, e che qualche anno dopo presentavano l'allungamento della porzione sopravaginale in via di produzione. In questi casi la stenosi passa in seconda linea, perchè, una volta curato il catarro acuto colle sue conseguenze, e specialmente la profusa secrezione, attraverso all'orificio esterno il secreto ridotto a poca cosa può fluire senza difficoltà e senza dolore, e non si ha più nello stretto senso della parola un ostacolo alla secrezione. Raramente la stenosi è tanto rigida da potervi passare solo una sonda sottile: per lo più si arriva con facilità a far passare il bottone grosso della sonda, e del resto rara-

(1) Transactions of the Boston gynaec. Society. Dec. 1885. Comunicazione di A Martin alla società.

(2) Vedi: Freund. Die gynäkol. Klinik in Strassburg, 1885. Czempin. Zeitschrift f. Geb. und Gyn. XII p. 287.

mente mi accadde di trovare un rilevante ostacolo all'introduzione anche del cucchiaio.

L'allungamento sopravaginale in confronto alla stenosi ha una importanza molto maggiore fra le conseguenze delle malattie della mucosa. A quanto ho potuto osservare, esso si riduce talvolta solo dopo la menopausa o durante un puerperio: ma si noti che appunto il concepimento è reso estremamente difficile da questa alterazione del collo.

2.° Catarro del corpo.

A. Il catarro acuto della mucosa del corpo è causa di vivi dolori, che in parte si possono attribuire all'ostacolo che le pareti uterine oppongono al distendersi della mucosa tumefatta. La soppressione delle mestruazioni non è la causa, ma l'effetto della flogosi acuta, sotto l'influenza del catarro. Per lo più alla stasi fa seguito una emorragia tanto più accentuata, qualche ora o qualche giorno dopo, che porta con sè l'alleviamento dei dolori. Anche qui i visceri pelvici compartecipano all'affezione, grande sensibilità vi è al bacino, e specialmente la vescica ed il retto danno luogo a vivi disturbi.

B. Tutte le forme di malattie croniche della mucosa corporeale descritte per endometrite diffusa iperplastica fungosa, e per endometrite ghiandolare, hanno per sintomo saliente l'aumento nella secrezione e le emorragie, che per lo più sono legate al tipo mestruale, ma nell'ulteriore decorso possono presentarsi anche nei periodi intermenstrui. L'utero si fa congesto e tumido, e se già in tutte le forme di malattie della mucosa il parenchima sottostante ha una tendenza pronunciata a partecipare all'infiammazione, nelle endometriti fungose e ghiandolari, una simile complicazione colla metrite cronica è quasi costante.

Spesso si aggiungono, non però costantemente, quei dolori che già abbiamo ricordato come sintomo delle affezioni della mucosa corporeale. Sono a volte dolori profondi ed intermittenti; a volte compaiono solo qualche tempo prima del periodo mestruo e durante questo; a volte infine questi dolori, localizzati nel profondo dei genitali interni, sono continui e tormentano incessantemente la paziente.

Un sintomo, che si dice sia uno tra i più spiccati nei catarri uterini, è la sterilità. Nessun dubbio che la secrezione per la sua natura possa distruggere la vitalità degli spermatozoi appena sia venuta in loro contatto. Ed è facile anche immaginare che un ovulo non giunga ad impiantarsi sulla mucosa così irritata e nella secrezione che la ricopra, e che anche più tardi nei catarri cronici, quando la mucosa ha perduto il suo epitelio vibratile per parziale guarigione spontanea, essa debba perdere la sua facoltà di tramutarsi in decidua. Ma in base alle mie osservazioni io sono disposto a rigettare la colpa della sterilità sull'allungamento della porzione sopravaginale del collo, che per me è una conseguenza del catarro. E a sostegno di questo nesso causale parlano

chiaramente, mi pare, delle osservazioni ripetute; se si dirige la cura esclusivamente alla endometrite o alla stenosi, manca il successo; il concepimento, invece, si fa possibile dopo curato l'allungamento sopravaginale.

Nelle forme esfoliative di endometrite i disturbi si fanno sentire quasi esclusivamente al tempo della mestruazione. L'espulsione di membrane è quasi sempre accompagnata da dolori colici di una estrema intensità; principalmente nelle forme sporadiche la mestruazione è preceduta già da qualche settimana da un senso accentuato di pienezza e di malessere, finchè coll'insorgenza di dolori colici si ha forte perdita di sangue e in mezzo a questo viene espulsa la membrana. In altri casi la mestruazione ritarda di giorni e di settimane, e la paziente può credersi gravida, finchè, in apparenza per l'azione di cause di poco conto, si ripresentano i noti dolori e la perdita. È raro che l'espulsione della membrana si compia senza dolori.

La dismenorrea membranacea va congiunta quasi sempre alla sterilità, e, dato pure che la gravidanza avesse luogo, è difficilissimo che possa proseguire finchè durano le esfoliazioni. Se, nonostante l'esistenza di questa malattia, interviene una gravidanza con decorso normale, si dovrà ammettere che il prodotto del concepimento si sia sviluppato in una delle pause più lunghe fra i successivi distacchi.

III. La diagnosi dei catarri uterini può riescire assai difficile, se le parti malate, per la loro profonda situazione, non sono accessibili alla vista. Ma anche qui la parte più spesso ammalata, la mucosa cervicale, si atteggia in modo da far sporgenza colle sue pieghe ipertrofiche dall'orificio esterno, sia questo poi lacerato o ancora strettamente chiuso. Le erosioni che si propagano al di là dell'orlo dell'orificio esterno, ed eventualmente la distruzione del tessuto che fa sporgenza al di là della superficie del collo, sono tanti punti di repere, in base ai quali è difficile il dubbio. Per sciogliere il dubbio se si abbia a che fare con un catarro semplice o con una neoformazione ai suoi principii, ricorriamo allo stesso mezzo che ci serve per fissare la diagnosi delle singole forme di endometrite nei segmenti più profondi del canal genitale. Caratteristiche sono fino ad un certo punto la secrezione e le irregolarità delle mestruazioni. La sensibilità esagerata della parte ammalata fornisce un dato prezioso per la diagnosi, se la si esplora toccando la mucosa con una sonda. Una risposta decisiva sulla natura dello stato morboso possiamo però aspettarcela solo dal microscopio. Fu raccomandato di praticare la discissione bilaterale del collo per rendere evidenti le condizioni della mucosa cervicale, previa o no l'applicazione di punti ai lati dell'utero; ma io ritengo che in rapporto a queste parti profonde dobbiamo fare poco assegnamento sull'ispezione ad occhio nudo, e che sia assai più importante assoggettare le parti ad esame microscopico. Per-

ciò la discissione è superflua, e senza di essa possiamo procurarci il materiale necessario all' esame microscopico. La diagnosi delle singole forme di endocervicite ed endometrite può essere assicurata solo col raschiamento (1), in riguardo al quale rimando al già detto: la mia esperienza in proposito basa su un numero estesissimo, parecchie centinaia di casi.

Per la diagnosi differenziale dell' endometrite esfoliativa ci ricorderemo che, se si trattasse dell'espulsione di membrane deciduali, esternamente assai rassomiglianti alle dismenorroiche, vi si riscontrerebbero i villi coriali. Un tale reperto è più importante che non la distinzione di più o meno voluminose cellule deciduali.

IV. La prognosi delle malattie della mucosa uterina non è sfavorevole nelle forme catarrali acute. Anche le lesioni piuttosto croniche che si svolgono nei puerperii trascurati, o come sintomo di malattie generali, scrofola, clorosi, ecc., guariscono spesso con sorprendente rapidità sotto una adatta cura.

Meno favorevole è la prognosi per le forme con proliferazione interstiziale o ghiandolare, o per quelle in cui si sono sviluppate delle erosioni sul collo, con diffusione dell'epitelio cervicale oltre i limiti dell'orificio esterno.

È una delle note caratteristiche di queste malattie della mucosa, la frequente oscillazione nell'intensità del processo, e l'alternarsi di intervalli di calma con esacerbazioni più o meno violente. D' altra parte è pure assai comune la compartecipazione dello stroma uterino e del suo rivestimento peritoneale, cosicchè la metrite cronica e la perimetrite si trovano accompagnare assai di frequente le endometriti.

Il processo può così estendersi in profondità, interessare tutta la superficie, invadere le tube, sottrarsi alla terapia, disturbare la nutrizione generale, gettare la donna in condizioni meschine e disgustose, renderla sterile, e di peso a sè ed agli altri. Questa fosca prognosi viene ancor più aggravata dalla tendenza dei processi catarrali alla recidiva, in onta a tutti i tentativi di cura: tendenza contro la quale il più efficace rimedio è forse il raschiamento con successiva cauterizzazione. Ma anche con questo metodo possono restare in posto dei prolungamenti ghiandolari ammalati, che si internano nello spessore della muscolatura, e che possono esser punto di partenza alla recidiva. D'altra parte accade troppo spesso di veder persistente e rinnovata l' influenza degli antichi agenti dannosi, delle coabitazioni, degli stimoli sessuali pervertiti, dell'infezione, cosicchè vien di nuovo messo in forse il risultato della terapia.

Generalmente una nuova gravidanza viene considerata come una

(1) Schröder, Trattato p. 122.

panacea contro le infermità della mucosa uterina. Certo è da tenersi in conto l'azione favorevole delle modificazioni che subisce l'utero. Se però si considerano tutte le alterazioni che troppo facilmente si associano a questo stato fisiologico, non farà più meraviglia che il rimedio fallisca così spesso, e la prognosi non ne venga affatto migliorata.

Chi pensa che la parte essenziale di queste affezioni di una certa intensità sta sempre nella proliferazione o delle ghiandole o del tessuto interstiziale, non può a meno di ammettere che questa tendenza alle nuove formazioni costituisce per lo meno un momento predisponente alle neoformazioni maligne. Si pensi poi che l'utero è una delle sedi predilette dei neoplasmi maligni nella donna!

V. Terapia. a) La cura del catarro cervicale naturalmente assomiglia in principio alla cura del catarro vaginale. Specialmente nei casi recenti io ricorro alle lavature vaginali colle solite aggiunte, alle scarificazioni superficiali ripetute da tre a cinque volte, poi alle indicate sostanze caustiche nello speculum. Così la mucosa infiammata e priva del suo normale epitelio si prosciuga, l'epitelio sano si riproduce alla sua superficie, e guariscono le parti di mucosa malate. Se con un regime regolato e razionale si riesce a tener lontana la paziente da ogni causa irritante, la cura accennata può bastare, specialmente agli inizii del male, per dare risultati soddisfacenti e durevoli. Pur troppo però nella pratica mancano assai spesso le condizioni volute per ottenere questi risultati. Noi infatti non riesciamo a modificare nel modo richiesto il genere di vita della donna, a mantener lontana per lungo tempo l'azione irritante dei rapporti coniugali, e così i processi infiammatorii si riproducono in una serie di casi pur troppo non piccola, anche quando la guarigione sembrava completa e radicale. Principalmente agli specialisti accade spesso di vedere dei casi, nei quali la cura del medico di casa, per quanto razionale, riusciva bensì a togliere il male finchè il trattamento era in atto, ma non mai ad ottenere una guarigione durevole. Per spiegare questo fatto ci dobbiamo rammentare che le malattie delle mucose hanno sempre una eccezionale tendenza alle recidive, e che gli accennati metodi blandi non sempre arrivano a guarire i processi in atto nel profondo delle introflessioni ghiandolari. In questi casi adunque in cui i metodi descritti non bastarono a dare un risultato radicale, ed in quelli dove il male, in corso da lungo tempo, mantiene un profondo perturbamento nelle condizioni generali, e finalmente in quei casi in cui per riguardi d'ordine vario siamo costretti a tentare una cura immediata per ridare alla donna la possibilità di occuparsi utilmente, in tutti questi casi la cura tanto delle erosioni che del catarro cervicale, dovrà consistere in una distruzione o rimozione radicale della zona di mucosa ammalata. Io tentavo un tempo di giungere a questo scopo con cauterizzazioni profonde. Ma siccome tanto nella mia pratica che in quella

di altri ho visto a queste cauterizzazioni tener dietro troppo spesso un stenosi cicatriziale, così oggidì ricorro a questo mezzo solo quando nelle condizioni generali o nei rapporti esterni esiste una assoluta controindicazione ad un procedimento più radicale. In tutti gli altri casi io escido la mucosa malata, e con essa tanto di tessuto del collo, quanto è necessario per allontanare completamente il substrato malato, e per ottenere come effetto secondario una involuzione della parte alta del collo, e del corpo dell'utero, come vedremo meglio parlando delle operazioni plastiche sul collo.

b) Nella cura dell'endometrite del corpo sarà giustificato prima un tentativo: di usare cioè, assieme ad una appropriata cura generale, quei mezzi che si usano comunemente nelle malattie degli organi genitali: il riposo, la pulizia, le irrigazioni vaginali, i derivativi intestinali, i semicupii, ed anche l'ergotina o l'hydrastis.

Nei casi ostinati molti ricorrono ai caustici in forma di irrigazioni, o direttamente in sostanza, previa o no la dilatazione del canal cervicale. Per portacaustici si usano bastoncini, polverizzatori ed apparecchi, coi quali, dopo allontanato il muco aderente alla parete, il medicamento vien portato in contatto coll'endometrio. Io ho sperimentato la maggior parte degli apparecchi del genere che mi sono noti. Oltre a casi di rapido miglioramento e guarigione, ve ne sono pur sempre altri, nei quali il miglioramento o la guarigione furono soltanto transitorii.

Recentemente B. Schultze (1) ha raccomandato la cura dell'endometrite del corpo con lavature metodiche continuate a lungo (2) e con caustici blandi, e questo metodo, per la favorevole esperienza fattane da molti, venne vantato come molto efficace. Io non ne ho esperienza molto estesa. Nel numero limitato delle mie osservazioni l'effetto però fu molto lento, ed inoltre di brevissima durata, talchè ho dovuto recedere anche da questo genere di cura. Quando non bastano le cure generali, nè la pulizia ed igiene locale, cui si aggiungano eventualmente irrigazioni vaginali e semicupii, io ricorro alla ablazione col cucchiaio delle parti malate della mucosa. Così, senza aver bisogno di una dilatazione previa del collo, io tolgo in una seduta tutte le parti malate, dalle quali si ottiene in pari tempo un sicuro appoggio per giudicare della forma morbosa, ed in caso anche della necessaria terapia.

Lungi da me la pretesa di voler qui condannare tutti gli altri metodi di cura dell'endometrite. Le esperienze che io feci col detergere la cavità uterina mediante piccoli batuffoli, col bagnare la mucosa con un liquido astringente iniettato da una siringa di Braun, coll'introduzione

(1) Archiv. f. Gynäk XX p. 275.
(2) Uno strumento che serve assai bene a questo scopo fu presentato da P. Ruge alla Società Ost. Ginec. di Berlino nel 1886, come modificazione alla cannula di Fritsch.

di medicamenti usando la così detta pistola uterina, coll' uso di medicamenti polverizzati e introdotti con un polverizzatore di Clay, colla cauterizzazione dell'endometrio mediante bacilli caustici, mi hanno alla lunga tanto poco soddisfatto, che io mi trovai sempre costretto ad andare in cerca di nuovi metodi. Ma nè questi, nè il metodo di Schultze non mi hanno dato risultati così regolarmente buoni, quanto il raschiamento seguìto da cauterizzazione, su cui ho istituito e continuo da più di sei anni una lunga serie di osservazioni. Tutti gli altri metodi sembravano meno sicuri nella loro azione: il loro effetto non era, per quanto io ho potuto constatare, così radicale come col raschiamento, dal quale del resto io non ho mai veduto derivare alcuna seria conseguenza. I rimproveri fatti al raschiamento li ho già esposti più indietro (1).

Coll'uso del cucchiaio tagliente potrebbe aversi la possibilità che resti intatta qualche porzione di mucosa, forse proprio quella malata: ma se si ricorre al cucchiaio ad orlo smusso, si può con un certo esercizio rimuovere con sicurezza tutto l'endometrio. Certo che possono così venir esportate anche porzioni sane di tessuto che giacciono nel territorio malato. Ma v'ha sempre la questione se è poi proprio possibile distinguere questi focolai e queste isole senza microscopio. L'esperienza insegna che, anche dopo un raschiamento completo, come alla fig. 120, ha sempre luogo una perfetta rigenerazione della mucosa, come alla fig. 121. Con ciò mi pare dimostrato che con un tale procedimento non viene impedito il ritorno della mucosa allo stato normale. Non si ha infatti una cicatrice, ma una vera riproduzione della mucosa. Che in questa mucosa neoformata possa riprodursi un processo patologico, prendendo punto di partenza dai residui ghiandolari malati lasciati negli strati più profondi, e che si possa quindi avere una recidiva, prescindendo da ogni nuova irritazione, è cosa indubitabile: ma è pur certo che al giorno d'oggi per le malattie delle mucose non possediamo ancora alcun altro procedimento, che ci garantisca in modo definitivo da una recidiva, se non rimovendo completamente e per sempre la mucosa malata. Dobbiamo quindi limitarci a successi relativi, i quali però per esperienza mia e di colleghi, sono decisamente migliori col raschiamento e cauterizzazione, che non con qualsiasi altro metodo di cura. Al rimprovero del rendere sterile la donna si è già risposto più indietro.

La necessità di una cauterizzazione anche dopo il raschiamento è ammessa da tutti (2): si tratta di sapere se essa debba farsi immediatamente dopo. Ciò mi pare più semplice, e non saprei perchè si debba aspettare giorni o settimane per cauterizzare poi la mucosa neoformata. Coll'unificare l'operazione, la terapia locale è assai facilitata, e resta poi solo da occuparsi della cura generale.

(1) Vedi Schwartz, Archiv. f. Gynäk. XX p. 245.
(2) Vedi Veit, Congresso del 1886.

Aggiungerò solo che, se consideriamo gli inconvenienti che ha con sè ogni metodo di cura intrauterina, un metodo che doma il male con un unico atto operativo energico, merita forse, a mio vedere, la preferenza nella pratica su quelli che richiedono lunghe e replicate sedute non scevre di incomodi, e che necessariamente disturbano anche per un tempo assai più lungo la paziente nelle sue cure domestiche. Siccome l'endometrite cronica del resto si trova spesso complicata colla metrite cronica, in tali casi bisognerà al raschiamento ed alla cauterizzazione associare l'amputazione del collo, per dar così una spinta all'involuzione di tutto l'utero.



Grandezza naturale del preparato.

Fig. 120. — Lembo di mucosa preso col cucchiaio (Düvelius. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. X. p. 175).

L'endometrite esfoliativa finora non mi capitò ancora di curarla regolarmente con successo durevole. Per lo più in questi casi ho trattato la mucosa coi più svariati caustici, l'ho raschiata e distrutta estesamente, nella speranza di ottenere così un processo di involuzione, di atrofia: ma per lo più il successo non si mantenne al di là di un anno, o un anno e mezzo. Di molte di queste pazienti ho saputo indirettamente dopo un certo tempo, che le cose andavano bene. Se con questo si intendesse parlare di una guarigione completa, non potrei assicurarlo. Ho anche tentato coll'amputazione del collo di provocare una energica involuzione di tutto l'utero. Sebbene in uno di questi casi l'utero siasi decisamente impiccolito, e il processo involutivo si sia potuto nettamente constatare col reperto clinico, anche qui però dopo un certo tempo si riprodusse la dismenorrea membranacea. In questi casi non resta che il riposo nel tempo dei dolori, l'adottare tutti i riguardi possibili e il ricorrere ai narcotici. Col sopravvenire dell'età critica il male guarisce spontaneamente.

In casi estremi di dismenorrea esfoliativa, quando la paziente è tormentata ogni volta dai suoi dolori fino al deliquio, è naturale che in via empirica si tenti tutto quello che lasci lontanamente sperare un miglioramento. Un vantaggio, sebbene solo temporaneo, lo arrecano tal-

volta i pessarii intrauterini: altre volte giovano delle energiche sottrazioni sanguigne praticate poco tempo prima di ogni mestruazione, ed altri mezzi analoghi. Infine, se il male si ripercuote in modo dannoso su tutto l'organismo, si potrà mettere in campo anche la questione della ablazione delle ovaie sane o dell'estirpazione vaginale dell'utero, e la ri-

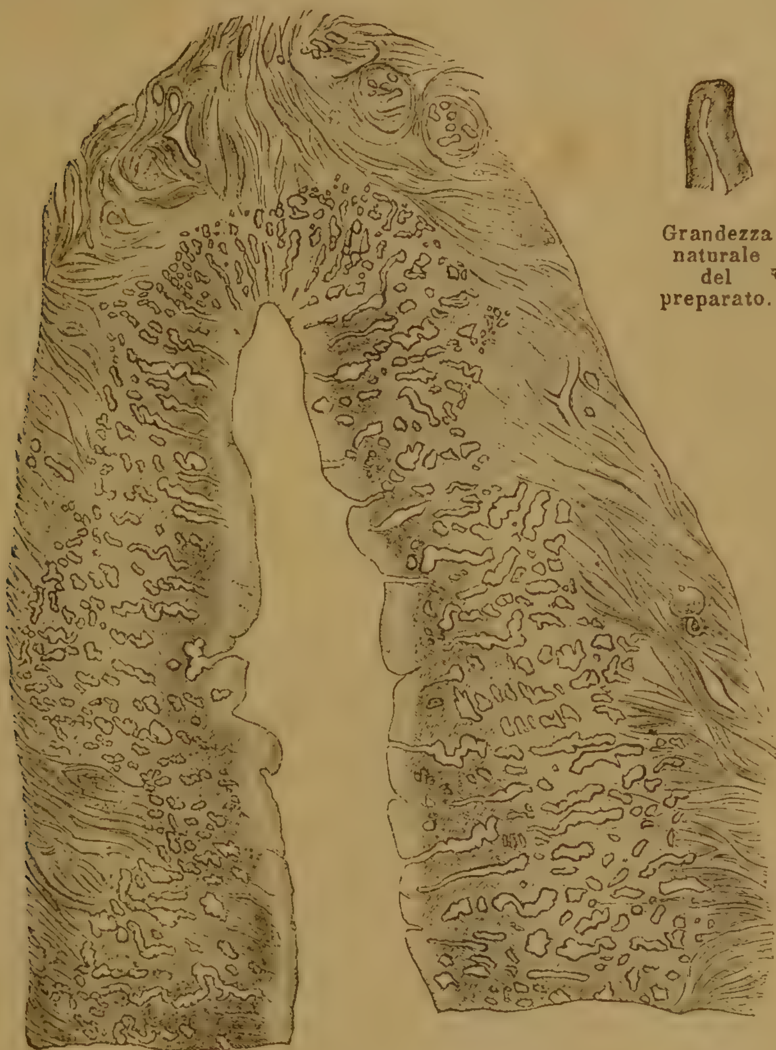


Fig. 121. — Mucosa rifatta dopo il raschiamento (Düvelius, c. s.).

sposta dovrà dipendere solo dalle circostanze individuali. Per mio conto non ho ancora veduto casi così disperati.

Ho tenuto isolati dal capitolo dell'endometrite quelli sul vaginismo, sulla gonorrea, sui polipi mucosi, perchè mi pare più consentaneo col loro valore pratico il trattarne separatamente.

a) Vaginismo.

Per vaginismo si intende una anomala irritabilità dei genitali esterni, che può andare fino alla contrazione spastica del muscolo costrittore della vagina, e della muscolatura di tutto il piano perineale (1). Questa affezione colpisce per lo più ragazze vergini, e si fa evidente specialmente nelle giovani spose. Vi si accompagna di solito una non comune angustia dell' ostio vaginale, spesso anche una consistenza assai rigida dell'imene; ma il vaginismo può venire in scena anche con un anello vaginale relativamente distensibile. Sembrano esservi predisposte quelle donne nelle quali la vulva si spinge molto in avanti sopra la sinfisi, tanto che l'apertura dell' uretra e dell'imene (2) si trovano sulla sinfisi o sul legamento arcuato. Il vaginismo si manifesta ai primi tentativi di coito, sia che l'accoppiamento incontri degli ostacoli nell'estrema sensibilità della giovane donna eccitata all'ultimo grado, o nell'abnorme volume del pene, o nella sua incompleta erezione. Per quanto io ho osservato, in tutte le pazienti che soffrivano di questo male non aveva avuto luogo l'introduzione del pene, e perciò l'imene non era lacerato. Però, come lo mostrano le note storie di *penis captivus* (3), il crampo del costrittore della vagina può verificarsi anche ad immissione compiuta.

Se queste difficoltà non irritano i giovani sposi al punto da spingerli ad invocare l'aiuto medico, i tentativi replicati finiscono col determinare un forte stato irritativo dei genitali esterni, e, se esiste il caratteristico spostamento in avanti dei genitali, possono aversi lesioni al lume dell'uretra: questa può anzi cedere a tal grado, che la coabitazione può aver luogo per l'uretra. Pel ripetersi degli inani tentativi, e per il ritegno dal confessare il male ad un medico, l'irritabilità acquista un grado estremo; le parti si infiammano; viene in scena Bartolinite, uretrite, e più volte nei casi cronici ho trovato una endometrite, per la quale non potei rintracciare alcun'altra causa. Una conseguenza quasi costante è una profonda depressione morale negli sposi; la donna specialmente soffre assai, pel timore dei notturni ravvicinamenti del marito, e per la coscienza della propria imperfezione sessuale. L'eccitabilità può esagerarsi al punto, che ogni menomo tocco dei genitali esterni è causa di atroci dolori, e che i disturbi vengono in scena anche senza qualsiasi contatto, per l'eccitazione sessuale, per uno sforzo nel defecare o nell'urinare.

---

(1) J. Simpson. Edinb. med. Journal 1861 Dec. p. 591, Sims. London Obstetr. Transact. 1862. Debout et Michon. Bull. de Thérapeut. 1861, 3, 4, 7. Budin. Progres medical 1881 N. 2

(2) Schröder, Trattato p. 525 ed. VII.

(3) Hildebrandt. Archiv. f. Gynäk III p. 221.

Per lo più queste donne, come è facile immaginarsi, sono sterili; ma si sa che il concepimento può aversi per semplice deposizione dello sperma ai genitali esterni; e perciò, pur persistendo il vaginismo, può aversi gravidanza. Anzi Benicke ha visto il vaginismo esser causa di distocia (1). Col vaginismo di solito scompare anche la sterilità. Potrei qui aggiungere che simili crampi ai muscoli del piano perineale, e specialmente all'elevatore dell'ano, possono prodursi anche sotto l'influenza del raffreddamento, che è causa di contrazione anche in altri territorii muscolari. Resta sempre a discutersi se non sia in giuoco la masturbazione od altro pervertimento sessuale.

Io non condivido l'idea da molti accetta, che in tutti questi casi esista una gonorrea. Per lo sviluppo del vaginismo non è necessario che esista una palese alterazione morbosa delle parti. I fenomeni del vaginismo del resto vengono in scena in modo transitorio in tutti gli stati morbosi dei genitali; se per vaginismo si intende l'esagerazione dei dolori dovuti a queste malattie, nella Bartolinite, nella vulvite, nella uretrite si può giungere ad un grado estremo di eccitabilità, che si presenta sotto l'aspetto del vaginismo. Nello stesso modo possiamo spiegarci come il vaginismo possa talvolta presentarsi in donne che hanno già partorito, ed in modo affatto transitorio in tutte le fasi della vita.

La diagnosi del vaginismo si fa di solito in base all'effetto che si ottiene toccando leggerissimamente i genitali col dito, coll'estremità di una sonda, perfino con un fiocco di cotone. Si vede allora una brusca contrazione nella muscolatura del piano perineale, la vagina ne viene fortemente serrata, anche la vulva non è accessibile, mentre la contrazione si diffonde alle natiche ed alle coscie, e assieme coll'estrema sensibilità della donna impedisce ogni ravvicinamento. Le contrazioni spastiche sono per solito di breve durata; una contrazione protratta apparterrebbe alle più rare eccezionalità. È rarissimo trovare nel vaginismo delle alterazioni anatomiche; per lo più si tratta allora di piccoli bitorzoletti che ricoprono la superficie e sembrano essere di una estrema sensibilità. In altri casi le pazienti localizzano i dolori alle caruncole mirtiformi, senza che queste mostrino qualche speciale cambiamento nella loro struttura. Qualche volta l'esplorazione rivela che il vaginismo è solo un sintomo di perimetrite, ed allora non è col toccare l'introito che si destano i dolori, ma col toccare i fornici.

La terapia io ritengo che, più che in una violenta distrazione dei muscoli, debba consistere nell'attutire la sensibilità, e nell'abituare gradatamente le parti ad una opportuna distensione. Perciò si procurerà anzitutto il massimo riposo della parte, l'allontanamento di ogni genere di eccitazione, e la soppressione delle sensazioni dolorose esistenti. Ser-

(1) Zeitschrift f. Geb. und Gyn. II p. 262.

vono specialmente a questo scopo i narcotici nella forma di suppositorî con morfina (0,01), belladonna (0,01) o sostanze affini, pennellature di cocaina, semicupii tiepidi con decozione d'amido, irrigazioni tiepide con infuso di *conium maculatum*, con acqua di lauroceraso, con decotto di semi di lino ed altri decotti mucilaginosi. Si capisce che ai giovani sposi si dovrà interdire ogni tentativo di coabitazione: si cercherà di ottenere regolari le defecazioni, e di osservare una dieta non eccitante: più di tutto si eviteranno le bevande alcooliche. Quando poi siano guariti gli stati irritativi ai genitali, scomparse le ragadi e le ulcerazioni, e non esista più sensibilità eccessiva indipendente dagli stimoli, allora si permetterà di tentare una coabitazione colle cautele imposte dai rapporti anatomici delle parti; oppure, come mi pare più opportuno, si comincierà la cura colla dilatazione graduale mediante gli speculum da bagno applicati nel semicupio, che ben unti dovranno essere introdotti a datare dal numero più basso dalla paziente stessa. Se anche in principio sono maldestre, le pazienti di solito apprendono presto le necessarie manipolazioni, e dopo 4-5 volte possono passare ad un numero più elevato. Quando si è giunti a far passare uno speculum il cui calibro eguagli quello del pene, si concederà al marito di rinnovare il tentativo, che del resto per lo più sarà già stato fatto e seguito da successo.

Alcuni autori non sono riusciti con una cura così semplice, e hanno dovuto decidersi ad incidere l'ostio vaginale e ad introdurre dei tubetti di conveniente calibro, mentre altri esportarono per escisione il cercine imenale, o le caruncole sensibili ed i condilomi esistenti all'orificio della vagina, e tutto insomma ciò che poteva tenersi causa dell'esagerata sensibilità. Io per lo più fino ad ora sono riuscito senza necessità di atti operativi: solo in casi isolati, dovendo a scopo diagnostico praticare un esame minuto nella cloronarcosi, ebbi campo di determinare anche una sufficiente distensione dell'ostio vaginale. Con queste manovre più volte venne a lacerarsi il cercine imenale, e fu facilitata così l'ulteriore introduzione di dilatatori, o degli speculum da bagno. Solo in questi ultimi tempi mi capitò di trovare un cercine imenale di consistenza tanto rigida, da doverlo escidere: la coabitazione fu poi quasi subito tollerata.

b) La gonorrea nella donna.

Lo studio separato della gonorrea nella donna in un capitolo a parte presenta delle difficoltà, perchè in tutta l'estensione del canal genitale si possono trovar traccie dell'infezione blenorragica, e perchè d'altra parte il decorso del male nella sede dell'infezione non presenta nel sesso femminile che irrilevanti differenze, in confronto a quanto riguarda il sesso maschile. Voglio però riunire qui alcune considerazioni su questo sog-

getto, sia per precisare la mia opinione nella questione tanto discussa (1) dell'importanza da assegnarsi alla blenorragia nella donna, sia per richiamare specialmente su questo argomento l'attenzione dei colleghi.

L'importanza della blenorragia nella donna è assai variamente giudicata. Alcuni la valutano troppo poco, altri ne affermano la grande influenza sulle funzioni dei genitali femminili, e vanno troppo in là nell'attribuirle valore. Gli scritti di Nöggerath sulla gonorrea latente hanno rimesso in voga la questione. Nöggerath riteneva che un grandissimo numero di malattie ginecologiche derivassero dalla gonorrea, e ne trasse delle conseguenze che nella loro crudezza naturalmente dovevano sorprendere. Esse hanno, come è facile capire, trovato molta opposizione. Però i ginecologi sembra che vadano sempre più convincendosi che quelle conclusioni, se non in tutte le loro conseguenze estreme, sono però giustificate in grandissima parte, e che l'infezione blenorragica delle donne deve esser tenuta in conto assai più elevato di quanto accadeva fin qui. Specialmente non sarà mai esagerata l'importanza che si dà alle diffusioni profonde della gonorrea verso i genitali esterni, e perciò nel giudizio su questa forma morbosa io non mi allontano molto dalle idee del Nöggerath, mentre mi dichiaro incompetente a giudicare delle sue opinioni sulla diffusione della gonorrea nell'uomo, e sulla sua latenza protratta per anni.

I sifilologi non sono d'accordo nel descrivere l'insorgenza e la frequenza della blenorragia nella donna. Uno stato irritativo della vulva e della vagina, di natura indubbiamente blenorragica, si incontra più di frequente senza uretrite, che non complicato con essa. Il giudizio sulla frequenza è reso più arduo dal modo con cui decorre il male nell'uretra. Le mie osservazioni mi fanno ritenere che non di rado in principio compartecipino alla malattia l'orificio esterno dell'uretra, colle sue immediate vicinanze nella mucosa uretrale; ma che per la semplicità di struttura di questa mucosa la malattia resti limitata alla superficie e guarisca presto, mentre si continua alla vulva ed alla vagina. Se questa osservazione è giusta, spiegherebbe in modo assai naturale la rarità relativa della blenorragia uretrale nella donna, di fronte alla frequenza della vaginale. Del resto a noi capitano da curare solo i casi gravi di blenorragia uretrale. Che questa possa estendersi nella mucosa dell'uretra, dar luogo ad ulcerazioni e profonde distruzioni, non vi ha dubbio, come pure che possa diffondersi alla vescica, con tutte le conseguenze che si verificano anche per la blenorragia dell'uomo. Nel maggior numero dei casi la malattia dell'uretra femminile, da quanto io ho osservato, non si spinge in alto più in su dell'uretra.

I sintomi della blenorragia uretrale con tutte le sue possibili dif-

(1) Nöggerath, Die latente Gonorrhoe, Bonn 1873.

fusioni durano di rado più di due settimane. Resta poi uno stato cronico irritativo, anatomicamente appena apprezzabile, che però tormenta la donna con straordinaria ostinazione, e in alcuni casi resiste a cure protratte per anni.

La vulvite e la colpite blenorragica hanno manifestazioni assai intense. Spesso ho potuto dimostrare nei prodotti di secrezione la presenza di gonococchi. Nel maggior numero dei casi queste malattie non hanno mostrato un quadro caratteristico. La diagnosi più che altro fu posata o sulla confessione del marito, o sull'insorgenza consecutiva al coito, sulla diffusione all'uretra, alla vulva ed alla parte profonda della vagina.

Una complicazione non rara sta nella malattia delle ghiandole del Bartolini, sia che per l'infiammazione della fossa naviculare si rigonfii e si otturi lo sbocco del dutto escretore, e ne derivi una ritenzione del secreto, o che il male lungo il dutto escretore stesso si trasmetta fino alla ghiandola. Un'altra lesione non rara è una forma di vegetazione dello strato papillare ai genitali esterni e sulla vagina. Queste ipertrofie papillari possono estendersi in forma di condilomi acuminati a tutti i genitali; la sede preferita è alla fossa naviculare in piccoli gruppi: qua e là se ne hanno gruppi disseminati alle parti esterne fino alle natiche. Questi condilomi acuti possono raggiungere le dimensioni di grossi tumori; in una ragazza di 19 anni io ho estirpato delle masse condilomatose, le quali, sotto forma di tumori dello spessore di quattro dita, ricoprivano le labbra, arrivando all' indietro fino ai contorni dell' orificio anale ed avevano resistito ad ogni altra cura. Questa forma di vegetazioni papillari è tanto evidente, da non poter sottrarsi all'attenzione di chi pratica l'esame. È molto più rara l'altra forma di ipertrofia papillare, nella quale la superficie interna delle piccole labbra, il vestibolo ed anche una parte della vagina sono ricoperti da piccoli bitorzoletti appiattiti, che raramente si spingono fino sulle grandi labbra. La superficie sembra allora poco alterata, ed è solo dopo una minuta osservazione che si riconosce trattarsi di queste papille ipertrofiche. Non raramente le parti sono ricoperte da un secreto viscido: in altri casi le papille sono affatto disseminate; in altri ancora completamente ravvicinate ricoprono tutta la superficie. Questa forma di ipertrofia papillare non è del resto esclusiva alla blenorragia; io la ho però incontrata di preferenza in donne, nelle quali non si poteva elevare alcun dubbio sull'esistenza di una infezione blenorragica.

La diffusione della gonorrea al di là dell'atrio di infezione accade o in forma di linfadeniti inguinali, o di propagazione ai segmenti vicini di mucosa. Così si vedono prodursi anche in vagina simili produzioni papillari: si possono facilmente distinguere dalla colpite granulosa, di cui ci siamo già occupati.

Queste papille rigonfiate possono estendersi a tutta la vagina e in-

vadere anche il muso di tinca, sebbene tale diffusione sia da contarsi come una grande rarità.

Quando la blenorragia resta limitata alla vulva ed alle parti esterne, la sua importanza è sempre di secondo ordine: diventa assai più ostinata quando si sia stabilita in vagina. Non è un fatto costante la diffusione della colpite blenorragica alle parti profonde: i casi di maggior estensione costituiscono sempre la minoranza. È importante però conoscerli, perchè questa diffusione dà luogo ad una forma blenorragica, che è incomparabilmente la più grave nella donna.

Più d'una volta in questi casi la malattia fece una sosta brevissima ai genitali esterni ed anche in vagina: i sintomi si dissiparono per una semplicissima cura, lasciando le pazienti fiduciose nella guarigione, quando improvvisamente si svolge una endometrite ed una metrite acuta, accompagnate per lo più da febbre viva e dolori. Anche qui lo stadio acuto della malattia, nei casi che si ha occasione di osservare ampiamente, è di durata relativamente breve, sia che avvenga davvero presto la guarigione, sia che i sintomi di altre complicazioni si facciano in prima linea. Una complicazione funesta è lo sviluppo di una malattia tubaria, che erompe minacciosa ed improvvisa. Brivido, dolori violenti, sintomi di irritazione perimetritica, disturbi dal lato del retto e della vescica ci mettono sulla strada della diagnosi (1). Una esacerbazione può originare dall'inattesa e subitanea comparsa di una peritonite acuta col solito corteo di vivi dolori, di distensione forte del ventre, di vomiti, di febbre. Per quanto io ne ho veduto, la peritonite di solito resta circoscritta, e si localizza all'ostio addominale delle tube ove forma un essudato per lo più denso, che avvolge le ovaia, le tube e le parti vicine. Queste diffusioni possono essere unilaterali, ma in circa la metà dei casi sono bilaterali. In un caso io ho visto il processo diffondersi all'altro lato circa cinque settimane dopo l'insorgenza della prima malattia, e cogli stessi sintomi. Le altre manifestazioni sono quelle della peritonite e perimetrite croniche: riassorbito in parte l'essudato, si stabilisce una pelviperitonite cronica con tutte le sue note caratteristiche, colla sua influenza sulla posizione e mobilità degli organi del bacino, sulla nutrizione generale, sull'attitudine della donna al moto ed al lavoro, colle esacerbazioni tanto frequenti sotto una irritazione anche minima, talora ad ogni mestruazione: e non tarda in queste malate a stabilirsi una profonda cachessia. Se anche sotto una lunga cura guarisce la infiammazione del peritoneo, ed ha luogo una sorta di regressione nel male, però la donna resta profondamente debilitata, poichè le aderenze derivate da questi stadii acuti portano a dolorose e durevoli alterazioni nella mobilità normale dell'utero, a difficoltà nella defecazione, e ad altri analoghi fenomeni.

---

(1) Vedi anche Sänger, Archiv f. Gynäkol XXV.

Un altro modo di diffusione profonda del virus blenorragico si è quella per la via dei linfatici. In seguito all'infezione si stabiliscono per lo più in modo subdolo delle infiltrazioni delle ghiandole nello spessore del legamento largo, che si possono incontrare come grossi chicchi disposti a rosario lungo i lati dell'utero. Delle conseguenze di questa adenite periuterina parlerò in proposito della parametrite.

Questi quadri morbosi sono molto gravi ed anche non molto rari; un gran numero di donne dapprima sane, in questo modo va incontro col principio della vita maritale ad un lento e grave marasma; per questa malattia il matrimonio in apparenza più felice non solo resta sterile, ma profondamente turbato per le continue sofferenze della donna, e specialmente per la impotenza sessuale che in lei non tarda a stabilirsi. Perciò la prognosi della blenorragia nella donna non è affatto buona. Essa diventa poi tanto più grave, quando si consideri che, nel decorso di una grave malattia quale la peritonite, una minima irritazione vale ad abbattere la paziente, e che è enormemente scemata la sua forza di resistenza contro le alattie accidentali della vita comune.

La terapia dovrà essere seriamente guidata. La cura della vulvite e colpite coincide con quella già indicata per le comuni infiammazioni di queste parti. Sarà bene raccomandare appunto a queste malate il più completo riposo e l'astensione dalle ordinarie occupazioni fino a guarigione perfetta.

Contro il catarro dell'uretra mi servo con buon esito dell'iniezione di solfofenato di zinco al 5 °/₀, fatta dal medico una volta al giorno: inoltre faccio fare dei semicupii, delle irrigazioni vaginali con soluzioni feniche allungate, e amministro copiose bevande alcaline. Nei casi più ostinati porto nell'uretra una soluzione iodo-iodurata molto attenuata, oppure delle candelette di burro di cacao con 0,15 di iodoformio, o 0,15 di ossido bianco di zinco. Faccio preparare queste candelette della lunghezza press'a poco dell'uretra, e tutti i giorni od ogni due giorni li applico nell'uretra. Se esiste grande sensibilità, a queste supposte si può aggiungere una piccola quantità di morfina, cocaina o simili. In questo modo mi riescì di guarire con una certa rapidità le uretriti di questo genere; molto raramente fu necessaria una cura più lunga. Non ho ancora trovato alcuna occasione per dover ricorrere ai mezzi eroici che Emmet ha consigliato per la cura delle uretriti croniche.

Se, nonostante queste cure, l'infezione si propaga ad organi più profondi, non è a mia cognizione alcun mezzo di impedire questa propagazione; ogni intervento chirurgico è controindicato, perchè il trauma non farebbe che aumentare l'invadente irritazione. Non resta che una cura sintomatica, e specialmente il riposo ed i riguardi più minuti; la peritonite iniziale e la adenite periuterina dovranno al loro manifestarsi venir combattute con cura antiflogistica.

c) Polipi mucosi. — Ipertrofia follicolare del collo.

I follicoli della mucosa cervicale malati per influenza di catarro, non di rado, mano mano che si distendono, vengono portati subito al di sotto della superficie, o fanno rilievo sul piano di questa. Nel canal cervicale i così detti ovuli di Naboth possono restare a lungo inalterati, possono scoppiare, evacuare il loro contenuto e guarire, oppure formare delle cavità discretamente distese al di sotto della superficie. È in special modo presso all' orificio esterno che si sentono spesso in forma di nodi chiaramente rilevabili, il cui contenuto vischioso, limpido o puriforme, si intravede per trasparenza anche dalla superficie esterna del muso di tinca. Questi follicoli, spingendo davanti a sè la mucosa, possono isolarsi, incappucciarsi e peduncolarsi. Dal peduncolo formato dalla mucosa pendono nel lume del canal cervicale uno o più follicoli in forma di polipi: essi fanno sporgenza dall'orificio esterno, e si spingono in vagina sia isolati, sia riuniti a gruppi, o in forma di vegetazioni a cresta di gallo. Simili vegetazioni possono fortemente distendersi sotto una irritazione dei tessuti del collo, in modo da dar luogo ad una ipertrofia follicolare delle labbra, che possono così scendere sino all' ostio vaginale (1). Il tessuto di queste masse ipertrofiche risulta di ampî spazî follicolari, ed è composto da tutti gli elementi della mucosa, dalla quale proviene. Più raramente la compartecipazione dei follicoli si fa meno spiccata; nella ipertrofia follicolare delle labbra il complesso ha l'aspetto di una mucosa vegetante, con ectasie ghiandolari a forma varicosa.

Questi polipi mucosi e queste masse ipertrofiche sorgenti dalla superficie assumono facilmente la forma che loro è data dai rigidi tessuti circostanti. Possono presentare delle ramificazioni, essere peduncolati od anche aderenti pel loro estremo ai tessuti vicini. Anche in essi i follicoli vanno incontro ai noti cambiamenti, scoppiano, si svuotano e lasciano degli ampî difetti di sostanza, oppure fanno salienza sulla superficie come altrettanti bitorzoletti, rimarchevoli per la trasparenza del loro contenuto variamente colorato. Nel loro interno questi polipi e queste masse ipertrofiche contengono sempre numerosi vasi. Nel tessuto connettivo esiste per lo più copiosa infiltrazione cellulare. Alla base di tumori di questo genere che abbiano raggiunto un certo sviluppo la mucosa è spesso in uno stato di irritazione intensa, il confine dell' epitelio cilindrico si spinge ad invadere il muso di tinca, e fino sulla mucosa vaginale: si ha infine l'aspetto di un rigoglioso sviluppo di erosioni. In questo campo si sviluppano ovunque spazî follicolari e prolungamenti in forma poliposa, cosicchè l'aspetto, assieme alle manifestazioni cliniche, fa l'effetto come di una degenerazione maligna.

---

(1) Stratz, Zeitschrift f. Geb u Gyn. XII 1886.

I sintomi dei polipi mucosi sono: il notevole aumento nella secrezione commista spesso a sangue, le profuse menorragie, e non di rado dolori intensi. Questi sintomi si appalesano talvolta in modo rapido, specialmente nelle donne di una certa età; per lo più compaiono a poco a poco, associati ai sintomi del catarro cronico, tanto che la scoperta del polipo o della ipertrofia follicolare può essere affatto casuale. In altri casi si vedono susseguirsi a brevi intervalli le mestruazioni profuse, in altri tengono il primo posto i dolori. Questi dolori sembrano talora aver qualche cosa di caratteristico, essendo in rapporto con contrazioni uterine che insorgono per determinare l'espulsione del polipo, quando questo si faccia tumefatto sotto la mestruazione o per altra causa. Queste doglie possono durare a lungo, od anche succedersi in brevissimi intervalli. Massime nelle donne in età mi occorse di trovare, unico sintomo, i soli dolori sacrali, senza emorragia nè aumento di secrezione.



Fig. 122. — Polipo follicolare (da Schröder).

La *diagnosi* non incontra quasi difficoltà di rilievo, se l'esame è fatto attentamente. Si sente allora il tumore mobile all'orificio uterino, nel caso che siasi già estrinsecato (fig. 122). Gli ovuli del Naboth, e le forme iniziali di vegetazione poliposa, che non hanno ancora abbandonato il canal cervicale, diventano accessibili solo se l'orificio esterno è beante; talvolta si sentono distinti sotto la congestione mestrua, ed è appunto in questi casi dubbî che si consigliò di esplorare durante le mestruazioni.

La *terapia* deve consistere nell'estirpazione dei polipi, con o senza la mucosa vicina. Se si tratta di tumoretti affatto isolati, si può afferrarli con una pinza a polipo in tutta vicinanza alla base, e sradicarli; processo che di solito è seguito da una guarigione così regolare, che si può eseguirlo negli ambulatori senza preoccupazioni, anzi senza neppure preavvisarne la paziente, quando questa sia troppo eccitabile. I vasi del peduncolo si retraggono rapidamente, e la torsione ne accartoccia in modo le pareti, che per lo più non si ha quasi emorragia. Il peduncolo scompare poi per atrofia. Per maggior sicurezza si può coprirlo con un batuffolo di cotone bagnato nel percloruro di ferro, e sovrapporvi un tampone. Se il peduncolo è resistente, ricco di tessuto fibroso, o voluminoso, sarà meglio trafiggerlo presso alla base con un ago, per allacciarlo poi in due; indi si escide il polipo non troppo vicino alla legatura, il peduncolo si atrofizza regolarmente.

Se in vicinanza al polipo, alla sua base o tutto attorno, la mucosa è fortemente irritata, se esiste una tumefazione follicolare del labbro, converrà escidere tutta la massa ammalata. E a seconda del caso si farà

la discissione del collo, si esporterà alla sua base la parte ammalata, e si chiuderà il difetto colla sutura.

Non è raro che questi tumoretti abbiano una recidiva e che cioè nuovi follicoli sollevino la superficie, e assumano sviluppo poliposo. Per questo motivo si insiste nel raccomandare la rimozione radicale di tutta la mucosa ammalata.

C. — Infiammazione del parenchima uterino.

1. Metrite acuta.

All'infuori del puerperio è rara l'infiammazione acuta del parenchima uterino: per lo più è conseguenza di infezione settica contratta in travaglio, e porta con sè dei fenomeni generali tanto gravi, che quasi sempre le infelici pazienti vengono a soccombere.

Oltre che al puerperio, la metrite acuta si collega di frequente al processo mestruale. L'intensa congestione sanguigna che accompagna questo processo prepara un terreno opportunissimo all'insorgenza della metrite acuta; massime il raffreddamento, i traumi o l'abuso dei piaceri sessuali in questo periodo possono dar luogo ad una flogosi acuta. Frequente causa è pure l'infezione blenorragica, e tutte le malattie della mucosa a decorso molto rapido. Si conoscono anche casi di metrite acuta dovuti ad inopportuni maneggi ginecologici; ma, pur riconoscendo questa forma, io ne dò la causa non all'atto operativo in sè, ma ad una infezione che vi si associò.

Le lesioni anatomo-patologiche sono dapprima una congestione arteriosa e venosa, una rilevante tumefazione, l'infiltrazione parvicellulare del tessuto intermuscolare, la tumefazione dei fasci muscolari stessi e la presenza di stravasi sanguigni più o meno estesi. Raro che manchi nella metrite acuta l'interessamento della mucosa e del perimetrio. — Queste alterazioni possono scomparire per riassorbimento, e l'utero ritornare alla norma; altre volte si passa dallo stadio acuto al cronico, sebbene si debba ritenere in massima che questo passaggio si verifica solo in casi isolati.

Rarissimo l'esito in ascesso; casi ne furono osservati in evidenti rapporti coi diversi momenti eziologici accennati: e fu pure studiato l'ulteriore decorso di questi ascessi, sia per riassorbimento, sia per evacuazione (1). Io non ho mie osservazioni particolari in proposito. Bisognerà ben esaminare in casi di questo genere se non si tratti alle volte di miomi suppurati o in via di rammollimento, come io ne ho osservato e ne ho anche descritto (2).

(1) Schröder, Handbuch p. 85.
(2) Berliner Beiträge zur Geb. u. Gyn. 1873, p. 33.

I *sintomi* della metrite acuta, che può iniziare e decorrere con brivido e rialzo di temperatura, consistono in vivi dolori al ventre ed al sacro, e in penosissimi disturbi dal lato della vescica e del retto. Se la metrite acuta è dovuta ad azione reumatica durante la mestruazione, questa suole cessare d'improvviso, come nella endometrite acuta, che del resto non manca quasi mai: ricompare poi dopo parecchi giorni con maggiore o minore abbondanza. Anche qui la soppressione mestruale non è altro che un primo sintomo saliente della malattia. In altri casi coll'inizio della metrite acuta compare una menorragia profusa, che non è poi da considerarsi come sfavorevole, in vista della sottrazione sanguigna che ha luogo in un organo tanto congesto. Gli altri sintomi in parte sono in rapporto piuttosto con altre malattie coesistenti, anzichè colla metrite stessa. Così è nella infezione blenorragica del contemporaneo ammalarsi delle tube e del peritoneo; così pure nella metrite acuta da infezione settica, la sepsi generale prende il sopravvento, mettendo la metrite affatto in seconda linea.

La *diagnosi* della metrite acuta poggia sull' intensa tumefazione dell'utero, che di solito colpisce egualmente collo e corpo.

È poi caratteristica della metrite acuta una straordinaria dolorabilità; il menomo tocco col dito, il più delicato tentativo di esplorazione combinata fanno insorgere dolori atroci. Se tuttavia si riesce, per es. nella narcosi, a palpare l'utero, il suo volume appare aumentato, specialmente nel senso dello spessore: i tessuti circostanti sensibili al massimo grado, anche se non vi esiste alcun essudato.

L'utero così ingrossato e dolente ha una consistenza molliccia spiccata, press'a poco come in gravidanza. Nello stadio acuto la secrezione in principio è quasi sempre scemata; ma appena si modera l' iperemia acuta, si ha un notevole aumento, con frequente miscela di sangue ai prodotti di secrezione, prescindendo dalle menorragie che possono venire in scena, se la metrite acuta si sviluppò in un periodo mestruale.

La *prognosi* della metrite acuta è sempre piuttosto grave. Certo che il periodo acuto può risolversi rapidamente ed esser seguito da guarigione. La possibilità di una ulteriore diffusione del processo morboso manifestatosi dapprima sotto forma di metrite acuta, deve però far tenere in sospeso la prognosi finchè sia chiaramente stabilita la causa ed il decorso. Finalmente la prognosi è offuscata anche dalla possibilità, sebbene remota, della formazione di un ascesso, e dalla disposizione alle recidive.

La *terapia* in rapporto coll'acuzie del processo deve essere specialmente antiflogistica: possibilmente riposo e vescica di ghiaccio, tenendo la donna a letto, sottrazioni sanguigne al basso ventre; lavature disinfettanti, fresche, oltre all' uso eventuale di morfina o di altri narcotici, del cloralio, cocaina, estratto di belladonna, ecc. Se lo stadio acuto

passa senza propagazione della flogosi ai tessuti vicini, la sottrazione sanguigna si può ripetere sull' utero stesso in forma di scarificazioni, e ricorrere poi ai semicupii, alle irrigazioni emollienti, e prima di tutto ad una energica derivazione intestinale. Non bastano sempre a questo scopo l'olio di ricino o gli altri purganti blandi, nè si può talvolta far a meno di ricorrere ai drastici.

Se la metrite acuta si sviluppa in rapporto col periodo mestruale, può darsi che la cura col ghiaccio sia mal tollerata, ed allora è da preferirsi l'uso di impacchi caldi sul ventre, ed eventualmente di irrigazioni calde a 40° R. in vagina. Anche qui si farà in principio ampio uso di narcotici.

Se si sviluppano indizii di un ascesso, è raro che persistano a lungo i tumultuosi fenomeni iniziali: se esiste aumento di temperatura con notevoli esacerbazioni vespertine e remissione al mattino, nonchè forti dolori pulsanti, si andrà alla ricerca della raccolta ascessuale, per evacuare possibilmente il pus. Non avendo esperienza personale, mi pare però che debba essere estremamente difficile di trovare in questi casi la sede dell'ascesso.

Passati i sintomi acuti dei primi giorni, dissipata la febbre che raramente manca ai primi inizii della malattia, si procederà nella cura col metodo di cui parleremo estesamente a proposito della metrite cronica. È difficile che si sia in grado di prevenire lo sviluppo di perimetriti acute: in caso, si attuerà la cura opportuna, come la descriveremo nel capitolo della perimetrite.

2. Metrite cronica.

Sotto il nome di metrite cronica si intende una iperplasia connettivale, associata ad aumentata sensibilità (1).

Ammettiamo pure che questa definizione di metrite cronica non risponda perfettamente a quanto noi intendiamo per processo cronico infiammatorio: tuttavia anch'io sono del parere, che si ha ragione nel ritenere che questa iperplasia connettivale sia un'infiammazione cronica, perchè nel periodo di svolgimento di questa iperplasia non mancano, tranne rarissime eccezioni, gli incidenti infiammatorî, e perchè questa malattia, pure con rare eccezioni, va congiunta a flogosi del rivestimento mucoso e sieroso dell'utero. A giustificare la definizione di questa forma come una infiammazione cronica, non è senza valore il fatto, che la sua cura essenzialmente è una cura antiflogistica.

La metrite cronica assai spesso si sviluppa in rapporto colla gravidanza, col parto e col puerperio. Per anomalie nell'involuzione puer-

(1) Definizione data da Schröder nel suo trattato a p. 8.

perale la muscolatura subisce in modo imperfetto la degenerazione adiposa o il riassorbimento: i fasci connettivali che si sono sviluppati nel decorso della gravidanza possono non essere compresi nell'involuzione, nè esservi compreso l'apparato vascolare, nella misura che si ha in un puerperio normale.

Questi turbamenti nei processi involutivi li vediamo dopo una gravidanza a termine venire in scena per trascuranza nel puerperio, per sopravvenute endometriti, per il troppo precoce ritorno a smodati eccitamenti sessuali, per la mancanza di cure rivolte a regolare la digestione e la nutrizione: li vediamo però con specialissima frequenza seguire alla interruzione prematura della gravidanza. La frequenza della metrite cronica dopo gli aborti è dovuta, non solo al fatto che le donne, pel pregiudizio che una gravidanza interrotta prima del termine non richieda gli stessi riguardi di una a termine, si sottraggono alle cautele necessarie, ma anche pel motivo che nel parto abortivo è di solito incompleto lo svuotamento dell' utero, e da ciò hanno punto di partenza disturbi di lunga durata nelle funzioni della mucosa uterina.

Infine la metrite cronica si sviluppa di preferenza in quei puerperî che furono disturbati da malattie, sia per l' infezione settica, o per il trauma del parto. Schroeder (l. c.) ritiene che l' incompleta involuzione postabortiva stia fors' anche in rapporto col mancato stimolo dell' allattamento.

All'infuori del puerperio, la metrite cronica è per lo più occasionata da disturbi nella mestruazione, che possono avere la loro causa in uno spostamento uterino, o in certi disordini igienici protratti, quali si hanno per un' irrazionale igiene scolastica o per insulse convenienze sociali, o in azioni reumatiche, tutte cause che agiscono sulla parete uterina dopo di averne alterata la mucosa. — La metrite cronica è pure frequente conseguenza di incongrui od eccessivi stimoli sessuali, dell' onanismo o dei rapporti con uomini impotenti, e finalmente dobbiamo considerare come causa disponente allo sviluppo della metrite cronica tutti quei disordini nella digestione e nello stato di ripienezza dei vasi del basso ventre, che, per la loro protratta azione, aumentano in modo abnorme la congestione ai vasi uterini, e danno luogo a stravasi od essudati per sè forse insignificanti.

La *frequenza* della metrite cronica è molto variamente giudicata: per alcuni sarebbe la più comune, per altri una rarissima malattia. Winckel (1) alla sezione di circa 650 cadaveri di donne ha riscontrato una metrite cronica isolata circa nel 4 per cento dei casi.

Anche stando alle mie osservazioni, la insorgenza isolata della metrite cronica non è certo più frequente: ma, unita a infinite complicazioni, la si trova in una percentuale assai più elevata di donne ammalate.

(1) Lehrbuch 1886, p. 524.

L'*anatomia patologica* della metrite cronica è caratterizzata dalla ricca iperplasia del tessuto connettivo, in grembo al quale giacciono le fibre muscolari in parte degenerate (1), in parte isolate in fasci irregolari, ed i vasi, turbati nella regolarità della loro funzione per la presenza di ectasie varicose, o di rigidi strozzamenti. La sezione di una parete uterina alterata per metrite cronica ci presenta una superficie estremamente pallida, in cui i fasci tortuosi di tessuto connettivo spiccano pel colorito bianco splendente, fra masse di tessuto colorite in rossiccio; qua e là si trovano spesso delle piccole ecchimosi.

Simili lesioni possiamo trovarle uniformemente diffuse a tutto l' utero. In altri casi l' iperplasia è spiccata solo in una parte dell' utero, può essere cioè limitata al collo od al corpo. Mentre allora un segmento è malato, l'altro può presentare un aspetto relativamente normale, di solito però notevole per un' aumentata irrorazione sanguigna e conseguente imbibizione.

Quasi costantemente il quadro della metrite cronica si collega con quello dell'endometrite, e non di rado con quello della perimetrite cronica. Nella complicazione coll'endometrite cronica assumono grande importanza le introflessioni ghiandolari che attraversano gli strati della parete uterina più vicini alla mucosa. Si ha così la produzione di nodi che si riconoscono dovuti a tubi ghiandolari strozzati ed isolati, a cisti da ritenzione, a follicoli. Specialmente se colla malattia della mucosa si sviluppano le così dette erosioni, noi ne troviamo il substrato profondamente invaso dai prolungamenti ghiandolari. Questi possono spingersi assai in là nel tessuto uterino, dando origine ad una disposizione quasi alveolare, che può tornar difficile a distinguersi da una degenerazione maligna.

Decorso. L' iperplasia connettivale può persistere a lungo più o meno modificata, e per gli eventuali attacchi infiammatorî si fanno più o meno evidenti in tutto l' utero o in parte di esso le traccie dell' infiammazione.

In altri casi ha luogo una specie di regressione; i vasi si obliterano, la muscolatura scompare, e rimangono solo le rigide masse connettivali, scroscianti al taglio, con una sezione di aspetto bianco anemico.

La localizzazione del male al corpo od al collo è raro che lasci completamente intatta la parte non malata. Per la forte distensione del corpo il collo può apparire quasi virgineo: di solito però riproduce, sebbene in grado minore, le stesse lesioni. Se è il collo colpito, il corpo può prendere tanta poca parte al processo, da figurare come un'esile appen-

(1) Finn (Centralbl. f. med. Wissensch Sett. 1868) ritiene che questi processi che colpiscono le fibre muscolari siano la causa dell'ingrossamento dell'utero. Sinéty invece (Annales de Gynéc. 1888, p, 129) trovò quali fatti essenziali una considerevole ectasia degli spazî linfatici, una iperplasia del connettivo perivascolare, ed un interessamento della mucosa.

dice di fronte all'enorme sviluppo del collo. L'aspetto di quella forma d'ipertrofia che io ho battezzato per allungamento della porzione sopravaginale è appunto spesso caratterizzato da ciò, che al disopra del collo assai sviluppato in lunghezza, si trova pendente alla superficie anteriore il corpo, che molte volte è più piccolo di quello, nel rapporto di 2 : 1, mentre normalmente si ha il rapporto inverso.

Un'altra deformazione caratteristica si ha nella metrite cronica cervicale, se è complicata da una soluzione di continuità nel contorno dell'orificio uterino. Data una lacerazione unilaterale, le labbra del muso di tinca possono apparire estroflesse da questo lato; nei casi di lacerazione bilaterale le labbra si divaricano e si accartocciano verso l'esterno in modo, da imitare la forma di un fungo. L'insignificante resto di collo figura allora come un peduncolo a cui è sovrapposto quel tanto che rimane del corpo (Vedi più avanti il capitolo sulle lacerazioni cervicali).

I *sintomi* della metrite cronica spesso nei loro inizii sfuggono ad una precisa demarcazione. Siccome la metrite cronica raramente è il risultato di un processo acuto, così i sintomi si sviluppano solo gradatamente, per raggiungere un carattere spiccato di individualità solo quando le lesioni locali si saranno nettamente stabilite.

Se la metrite cronica è dovuta ad una deficiente involuzione puerperale, non si vede l'organismo ritornare alle condizioni normali durante il puerperio. Invece di riacquistare le forze, la puerpera accusa un senso di profondo esaurimento; l'involuzione puerperale non ha termine al 2.° o 3.° mese, nè vi ha una sosta al generale dimagramento; ma invece continua e conduce spesso ad una precipitosa scomparsa del pannicolo adiposo e delle masse muscolari. Ad ogni sforzo rispondono dolori al sacro ed al basso ventre; la secrezione continua ed aumenta, la donna dice di sentire qualche cosa che tende ad uscire dai genitali: accusa tenesmo vescicale, stitichezza ostinata. Le mestruazioni abbondanti si succedono a brevi intervalli, ed anche nelle pause il secreto è talora tinto in sanguigno. Questi fenomeni possono durare con intensità oscillante; per motivi in apparenza di poco conto i disturbi si esacerbano, per persistere poi in grado minore per settimane e mesi, in modo però da non permettere di credere in una avvenuta guarigione.

Se in questo modo di svilupparsi del male nel periodo puerperale le donne oppongono una resistenza più o meno lunga prima di confessarsi malate, e più d'una volta si decidono solo dopo una nuova gravidanza e dopo un prolungato malessere ad ammettere ciò che gli altri già da tempo sospettavano, lo svolgimento dei sintomi è ancor più subdolo nelle forme non puerperali di metrite cronica.

Specialmente le ragazze che vi vanno incontro in seguito ad endometriti e a disordini mestruali, sopportano spesso per lunghi anni i disturbi del male, prima che ne sia conosciuta la natura e che si possa

istituire una cura. Si hanno allora le manifestazioni della clorosi, scompare la voglia di lavorare e di divertirsi; la paziente soggiace ad uno stato di invincibile stanchezza e di estremo dimagramento, che entro un certo tempo cambia una florida ragazza agli albori della pubertà in una disgraziata malaticcia, magra, inetta in egual modo al lavoro ed agli svaghi giovanili. Nel tempo della mestruazione essa è costretta a letto, o se persiste a stare in piedi, assediata da forti dolori è resa incapace al lavoro. Le molestie di cui si lagna la paziente per lo più non si localizzano al basso ventre; si tratta di una emicrania, di fenomeni dispeptici che vengono messi avanti in prima linea, ed è raro che la paziente confessi che il suo malessere, più che dalla mancanza d'appetito e dagli altri dolori, dipende dai dolori al ventre, dal senso di peso, dai dolori sacrali e colici prima e durante la mestruazione, e dalle copiose secrezioni.

All' esame locale, nella metrite cronica si trova notevole aumento del volume dell'utero, specialmente nel suo spessore. L' utero così ingrossato può essere quasi insensibile, mentre in altri casi presenta una squisita sensibilità anche all' introduzione della sonda. Nelle periodiche acutizzazioni del male esiste sempre aumento nella sensibilità; in questi momenti l'utero si sente più grosso, ma scemato in consistenza, quasi pastoso, in modo da ricordare la consistenza dell'utero gravido. Esaurito il processo, le parti ammalate si trovano di una durezza uniforme; la specie di retrazione cicatriziale che si stabilisce, determina anche la scomparsa dell'aumento di volume; l'utero si fa piccolo e di consistenza quasi cartilaginea. La sensibilità può cessare completamente, od essere assai scemata, in rapporto colla maggior rarità dei periodi di riacutizzazione.

Se il male colpisce solo il corpo, ed il collo è sano o poco malato, nell'acme del processo morboso la nota caratteristica sarà fornita dalla contemporanea flogosi dell' endometrio, giacchè alla sensibilità per la palpazione esterna si aggiungerà quella dovuta al contatto della mucosa. Nelle malattie del perimetrio la sensibilità del rivestimento sieroso è ancora poco marcata, in confronto di quella che si ha per lesioni allo spazio del Douglas, il cui fondo e le vicinanze dei legamenti utero-sacrali si distinguono per la loro squisita dolorabilità.

Questa sensibilità recede alquanto nei momenti di pausa del male, e allora l'interessamento del perimetrio verrà sospettato solo in seguito a manovre dirette, a tentativi di spostare l'utero, allo spostamento determinato da una dura colonna fecale, a coabitazioni, ecc.

Se il collo è malato, si constaterà il suo aumento di volume, in una forma che si potrà benissimo precisare colla esplorazione combinata. Del resto riesce caratteristico anche il modo di comportarsi della mucosa cervicale e delle labbra del muso di tinca. Se toccando il collo ne esce

il muco abbondante e vischioso, se sotto alla superficie si vedono spinti dei follicoli ingrossati e cangiati in cisti da ritenzione, il reperto meriterà speciale attenzione. Se la mucosa non è malata, o lo è appena ai primi stadii, o è già in via di guarigione, troveremo il collo, e specialmente la porzione vaginale, ora in forma di clava, ora, quando l'orificio esterno ha mantenuto la sua configurazione, in forma conica, duro, o, specialmente nei primi stadii, in uno stato di rammollimento analogo a quello della gravidanza.

Fra gli altri fenomeni hanno precipua importanza i disordini che riguardano mestruazione e concepimento. Nella forma puerperale di metrite cronica la mestruazione ha quasi sempre una straordinaria abbondanza, specie nei primi tempi, e con brevissimi intervalli vengono emesse notevoli quantità di sangue bruno, in parte coagulato: la mestruazione dura assai più del periodo consueto, e più d'una volta non scompare poi completamente. Solo a gradi si verifica un miglioramento, nel senso che la quantità e la tinta del sangue espulso si avvicinano alla norma, e ad attestare la persistenza del male rimane solo l'abbondante secrezione nei periodi intermestruali. Nelle forme non puerperali di metrite cronica vediamo la mestruazione tenere un decorso assai vario. Per lungo tempo conserva il tipo regolare, con un periodo di 3-4 settimane, ma si presenta con vivissimi dolori colici, che ora cessano alla comparsa dello scolo sanguigno, ora durano per tutta la durata del flusso. La mestruazione si fa sempre più copiosa, e all'acme della malattia vengono emesse considerevoli quantità di sangue, anche sotto forma di coaguli. In altri casi per influenza della metrite cronica la perdita sanguigna si fa sempre più scarsa, e sempre più lunghi gli intervalli intermestruali: l'emissione della scarsa quantità di sangue, color rosso chiaro, dura appena qualche ora, e ne trova sollievo e miglioramento, non fosse che per breve tempo, la paziente tormentata dal senso di pienezza al basso ventre e da forti congestioni al cuore ed al capo. In tutte le forme di metrite cronica si vedono talvolta, estinto il processo, cessare quasi completamente le mestruazioni e venire in scena una precoce amenorrea, che angustia in grado estremo la povera donna. La menopausa, una volta stabilitasi dopo anni di sofferenze, può portare infine il compenso di una guarigione spontanea.

L'influenza della metrite cronica sul concepimento non è costante, e pare dipenda meno dal grado di alterazione del parenchima, che dalle complicazioni da parte della mucosa e degli annessi. È solo così che si spiega, come donne affette da metrite cronica, e specialmente dalla forma puerperale, concepiscano quasi ad ogni coabitazione, mentre altre rimangono sterili, come accade specialmente di ragazze affette da metrite cronica, quand'anche si accoppiino con uomini vigorosi.

Le cause di sterilità stanno specialmente nella concomitanza di endometrite, salpingite, perimetrite e periovarite. L'influenza della gravi-

danza sulla metrite cronica non è sempre così favorevole come molti ammettono, e come risulta indubitabile in qualche caso. È abbastanza comune nelle donne affette da metrite cronica l'aborto, sia che la mucosa resti incapace ad una normale trasformazione in decidua, o che il parenchima non si presti alla distensione necessaria per alloggiare il frutto del concepimento. Dalle mie osservazioni risulterebbe, che si può contare su una gravidanza normale in quei casi, in cui si riescì a guarire le complicanze da parte della mucosa.

Se il puerperio viene sorvegliato in modo razionale, può guarire in fatto anche l'iperplasia connettivale, per cui resta giustificato l'annoverare la gravidanza fra i mezzi curativi della metrite cronica.

La *diagnosi differenziale* della metrite cronica dalle altre malattie riesce troppo ardua alla sola palpazione. Il più fatale sarebbe lo scambio con una gravidanza. L' aumento di volume, la mollezza, una certa sensibilità sono propri a tutti e due gli stati, ma di solito in casi di gravidanza, anche ai primissimi tempi, sono riescito a trovare un punto d'appoggio alla diagnosi nella pulsazione dei vasi, nel rilasciamento del pavimento pelvico e della vagina, e più che tutto, nell' anamnesi.

Hegar (1) in questi ultimi anni ha più volte richiamato l'attenzione su un notevole rammollamento, che al principio della gravidanza ha luogo nel limite intermedio tra il corpo ed il collo, e che sarebbe caratteristico per questi primi stadî. Egli ricorse in questa occasione ad osservazioni analoghe da me pubblicate (2), ove io trovai come complicazione della gravidanza un allungamento della porzione sopravaginale, ed ove accennavo alla possibilità dello scambio con tumori che fossero inserti sul corpo per un breve peduncolo. Questi casi differiscono essenzialmente da quelli di Hegar: qui si sente il corpo dell'utero rammollato nel suo segmento inferiore, con una pastosità caratteristica, che io stesso ho potuto constatare. Nei casi da me descritti il punto difficile sta nell'allungamento della porzione sopra-vaginale. Questo può essere un prodotto delle alterazioni di tessuto dovute alla metrite cervicale, e richiede un minuto esame perchè si riesca a trovare il punto di passaggio al corpo, e non si confonda il prolungamento del collo col corpo stesso. Del resto si dovrà sempre tenere davanti agli occhi la possibilità di una complicazione della metrite cronica colla gravidanza, complicazione che impone speciali riguardi, in vista del pericolo di una interruzione prematura della gravidanza.

Lo sviluppo dei tumori fibrosi è raro che avvenga in modo da imitare un ingrossamento in massa di tutto l' utero, od anche del solo corpo. Lo sviluppo del neoplasma in nodi ci guiderà alla diagnosi, sebbene in alcuni casi isolati sia ancora possibile un errore.

---

(1) Reinl, Berliner klin. Wochenscrift, 1885, N. 13.
(2) Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. VI, 1880.

La *prognosi* della metrite cronica non è così cattiva, come la dipingeva Scanzoni ai suoi tempi (1). La forma puerperale è più suscettibile di cura che le altre, ma anche in queste, con un po' di pazienza ed in circostanze esterne favorevoli, si può ottenere una involuzione dell'utero, ed un ristabilimento soddisfacente, se non completo, purchè la diagnosi del male sia fatta in tempo. Solo vi ha una grande incertezza nella prognosi in quei casi in cui l' esistenza di concomitanti malattie della mucosa offre tali fenomeni clinici che fanno a tutta prima sospettare di un neoplasma maligno. Io non oso giudicare a qual grado questi casi dispongano alle degenerazioni maligne: tuttavia ci invitano a grande prudenza i casi verificatisi di ammalate trattate per anni per metrite cronica, e nelle quali il microscopio finisce poi per rilevare la natura maligna del male.

Meno gravi, *quoad vitam,* ma pur sempre riservati *quoad valetudinem completam,* sono i casi di metrite cronica dove esistono complicazioni da parte del peritoneo o degli annessi: vi si trova pur troppo una fonte spesso inesauribile di acute e tormentose molestie. L' età critica può anche in questi casi portare una guarigione spontanea, ma la donna per lo più è tanto compromessa nella salute e nelle sue attività fisiologiche, che la guarigione spontanea non le permette certo di ritornare alla vita normale.

Terapia. In vista del modo di insorgere della metrite cronica, si dovrà in via profilattica dar gran peso all' adozione di una razionale igiene del puerperio. Oltre al sorvegliare ed al favorire l'involuzione dell'utero e dei genitali, si dovrà porre speciale attenzione al trattamento dietetico della puerpera. La dieta non dovrà consistere in quello scarso nutrimento che ancor oggi si trova talvolta prescritto dai medici, ma piuttosto in una nutrizione possibilmente ricca ed adattata alle circostanze. Le puerpere la tollerano benissimo, se fin dal principio noi curiamo opportunamente l'attività dell'intestino. Io non ne ho ancora veduto alcun inconveniente, anzi notai sempre venirne notevolmente abbreviato il periodo di prostrazione in cui versano le puerpere: già in poche settimane esse superano le difficoltà di questo periodo.

Per cura locale io intendo le irrigazioni di pulizia e di disinfezione fin dai primi giorni, quando i lochî cessano di esser tinti in sangue, irrigazioni con aggiunta di acido pirolegnoso o di tannino, oppure anche irrigazioni di acqua calda a 40° R. Quando la donna si alza, e non ha più scoli sanguigni, per dare una forte spinta all'involuzione si ricorrerà ai semicupii, specialmente con aggiunta di una decozione di corteccia di quercia: essi esercitano in modo potente la loro azione in ispecie sui genitali esterni, togliendo quei disturbi che le puerpere accusano, quel

(1) Die cronische Metritis, 1863.

senso di abbassamento, di penetrazione d'aria, di *garrulitas vulvae,* ed altri simili. La profilassi delle altre forme di metrite cronica consiste nell'eccitare lo sviluppo corporeo al tempo della pubertà col moto all'aria libera, coll'esercizio ginnastico, l'equitazione, coll'indipendenza da vincoli di scuola ed una opportuna prevenzione dalla tanto frequente parèsi dell'intestino, e della ritenzione protratta d' urina, tante volte tollerata per riguardi sociali. Durante le mestruazioni le ragazze e le donne dovranno continuare nel loro abituale regime di vita, evitando però quanto può portare una scossa troppo forte al corpo o dare occasione a raffreddamenti od a disordini mestruali.

Ai giovani sposi si raccomanderà di evitare gli eccessi sessuali e, per la donna, le eccessive occupazioni domestiche, curando una intelligente igiene.

Una volta sviluppata la metrite, la terapia dipende essenzialmente dalla considerazione se si ha a che fare con un caso recente, o che data da lunghi anni.

Negli stadî recenti si raccomanda anzitutto il riposo del corpo, e specialmente degli organi genitali. Se si sviluppano infiammazioni intercorrenti, può tornare di immensa efficacia il riposo a letto per più giorni, con impacchi freddi od anche colla vescica di ghiaccio sul ventre. Anzi in date circostanze è solo l'applicazione metodica del ghiaccio che riesce ad apportare qualche sollievo. Si agirà poi energicamente sul tubo intestinale; e a diminuire i disturbi e a frenare l' abbondante secrezione si useranno irrigazioni vaginali disinfettanti ed astringenti.

Fra i mezzi per agire sull' intestino, bisogna sceglierne e tenerne sotto mano una certa varietà, nella prospettiva di doverne fare uso forse per anni ed anni. Io mi servo specialmente dei sali medî, quando contemporaneamente esistano disturbi gastrici; quando i sali medî non sono tollerati, e specialmente se vi è inappetenza, do la preferenza ad un infuso di senna e di viburno, aggiungendovi come correttivo dell'erba mille foglie e rizomi di gramigna (ana un cucchiaino, fa infuso in una tazza d'acqua bollente: da bevere al mattino a digiuno). Se la senna è ben tollerata, faccio alternare questo infuso con quello di foglie di senna al 25:160, con tartrato di soda 25, succo di liquirizia 15: agitando bene la miscela se ne pigli al mattino un cucchiaio da tavola. Non mi piace che si faccia uso a lungo dell'olio di ricino. Se falliscono gli altri mezzi somministro una goccia di olio di croton su 30 gr. di olio di ricini, e d'ora in ora ne faccio prendere un cucchiaino fino ad effetto ottenuto.

Un altro mezzo cui ricorro volontieri è dato dai preparati di rabarbaro in pillole od in tinture vinose. Parlando di questi e degli altri purgativi mi corre l'obbligo di mettervi in guardia contro l'aloe, che è bensì spesso preso volontieri dalle donne, ed è efficacissimo nei casi ostinati, ma non di rado dà luogo a emorragie o le aumenta se esistenti,

per il che viene considerato come pericoloso quando esista tendenza alle menorragie. Fra gli altri purgativi noto il vino di mele, il siroppo di spincervino, il tamarindo, la pozione di Vienna, l'elettuario di senna composto, coi quali mezzi è spesso necessario alternare; anche il massaggio del ventre mi ha dato buoni risultati. Molte donne sofferenti per metrite cronica risentono un grande sollievo per l'uso metodico di clisteri. Io non permetto che se ne faccia un uso troppo continuato, e mi piace variare la quantità dell'acqua iniettata o delle sostanze usate, nonchè la temperatura. Ricorro ai clisteri, specialmente nelle complicazioni con perimetrite, perchè esercitano una benefica influenza sulla sensibilità del perimetrio.

Provocate con questi mezzi le defecazioni, si dovrà sempre di tempo in tempo tentare di tenere attiva la funzionalità dell'intestino con semplici regole dietetiche, si tratti poi dell'uso di acqua a digiuno, o di caffè e latte o di frutta, e così via.

Solo nell'eccessiva sensibilità e nella complicazione di perimetrite ricorro all'amministrazione di narcotici, specialmente morfina, sotto forma per lo più di supposte (0.01 su 2 gr. di burro di cacao). Se la morfina non è tollerata, uso per surrogato l'estratto di belladonna in egual dose, o la cocaina nella dose di 0.15. Mi impongo in questi casi la massima prudenza nell'uso della morfina, perchè più di una volta mi è accaduto anche dopo un breve uso di questo rimedio, di riescire a tempo a distogliere la paziente dal farne ulteriormente uso di nascosto.

Siccome le irrigazioni vaginali formano per ogni donna un dovere di pulizia, in ogni caso io ordino alle malate di metrite cronica delle lavature con un irrigatore posto a discreta altezza.

Di solito ci si serve di acqua tiepida coll'aggiunta di una sostanza disinfettante o astringente, acido fenico, sublimato corrosivo o acetato di piombo liquido (1 cucchiaio); acido pirolegnoso o acqua di catrame (2-4 cucchiai), e mezzi analoghi.

Nelle complicazioni con endometrite si adopereranno gli altri mezzi accennati al relativo capitolo.

Superati gli stadî subacuti, nelle forme non complicate di metrite cronica si mostrano straordinariamente utili le sottrazioni sanguigne locali. Io mi servo degli scarificatori di Meyer (fig. 34), con cui però io non agisco direttamente sull'utero, ma partendo sempre dal canal cervicale faccio delle scarificazioni sulla mucosa, e ripeto queste ferite superficiali in un numero più o meno grande a diverse profondità, a seconda dei casi. Le scarificazioni portano un sollievo grandissimo; io le preferisco all'applicazione di sanguisughe sul muso di tinca, perchè colle scarificazioni si è meglio in grado di dosare la sottrazione sanguigna, e perchè non richiedono l'intervento di un personale d'assistenza.

Le scarificazioni si ripetono in principio a brevi intervalli, a se-

conda delle condizioni generali della paziente, e dello stato di congestione uterina; nei primi tempi si dovrà sempre controllare la quantità del sangue fluente. Se una delle ferite sanguina eccessivamente, vi si può di leggieri rimediare col toccarla con batuffoli imbevuti di acido pirolegnoso od anche di percloruro di ferro, o col tamponamento. Solo nelle emorragie abbondanti e nei casi di estrema necessità si dovrà ricorrere alla sutura.

Un effetto speciale si può conseguire con queste scarificazioni, se vengono praticate alcuni giorni prima della mestruazione su un utero assai vascolarizzato; cioè la quantità del sangue mestruale viene poi a trovarsi di molto scemata. Sempre quando l'emorragia per le scarificazioni è abbondante, si farà bene a tenere in riposo le donne per 1 o 2 ore. Se l'emorragia invece è minima, come avviene nello stadio dell'involuzione cicatriziale, preferisco invitare la donna a camminare subito dopo. È rarissimo che l' emorragia non cessi quasi immediatamente, e, tolto lo speculum, al più escirà ancora qualche goccia di sangue.

Le sofferenze nella metrite cronica vengono spesso alleviate in modo sensibilissimo dai semicupi. Si possono fare di acqua semplice o con aggiunta di sali, di crusca o decotto di corteccia di quercia, cominciando a 26° R. Se la donna non è avvezza ai semicupî, le insegno a tenere la vasca presso il letto, e dopo aver riscaldato il letto con una scaldiglia, a mettersi nel semicupio per 6-10 minuti, ed asciugarsi poi nel letto e coprirsi. Alcune donne non possono sopportare semicupî più freddi; altre sentono un vero sollievo abbassando la temperatura, e in queste si può durante il bagno portare l'acqua a 15° e ancor più sotto, e lasciare per alcuni minuti la paziente nell' acqua così fredda.

I dolori della metrite cronica si emendano anche per l'applicazione di rivulsivi cutanei al basso ventre, specialmente vescicanti o senapismi, per l'uso degli impacchi di Pressnitz e per le frizioni con pomate narcotiche o irritanti. Se a questa cura locale si associa un opportuno trattamento generale, se riesce di tenere la donna a riposo anche durante il giorno, e più che tutto di evitare gli eccitamenti sessuali, talvolta si arriva nei casi recenti di origine puerperale ad ottenere l'involuzione dell' utero. Risultato che si raggiungerà tanto più presto se poco tempo è decorso dal parto, e se si possono ancora destare contrazioni uterine coll'amministrazione di segale cornuta (ripetuta tre volte al giorno, 1 gr.), o colle iniezioni sottocutanee di ergotina e colle irrigazioni vaginali calde a 40° R.

Nelle forme non puerperali, oltre a questa cura generale e locale, conviene ogni volta tener conto delle condizioni dell' utero e degli annessi, dei catarri cronici, eventualmente degli ostacoli al circolo per inflessione del corpo sul collo, e di altre simili alterazioni. Spesso si arriva troppo tardi ad una esatta diagnosi, perchè la giovane donna

rifugge dal sottoporsi ad un esame locale; eppure il male è troppo serio perchè si possa posare una diagnosi solo sull'appoggio di qualche sintomo, senza esame locale, e perchè si possa fare a meno di una cura diretta, locale. Per quanto possa tornare spiacevole e doloroso, mi pare doveroso in tutti questi casi premettere alla cura un minuto rilievo delle condizioni locali, appena che si vede che le condizioni generali e dell'apparato genitale non migliorano col regolare la dieta ed il regime di vita.

La cura si condurrà come nelle altre forme di metrite cronica. Anche qui si può ottenere regressione e guarigione dell'iperplasia connettivale mediante sottrazioni sanguigne, irrigazioni, semicupî, impacchi alla Priessnitz, iniezioni vaginali calde.

Dal 1876 ho cominciato a fare esteso uso dell'iodio (1). Io pennello la portio vaginalis con tintura di iodio assoluta, o attenuata con parti eguali di glicerina.

Dell'iodoformio in vagina faccio prudente uso, perchè ne ho visto spesso degli avvelenamenti. Dosi anche piccolissime, spolverate sul cotone e applicate contro il collo, danno spesso luogo a malessere, cefalee, inappetenza, esaurimento, xantopsia, ecc.: perciò io consiglio di usare la massima prudenza nell'applicare l'iodoformio sulle mucose. Le cauterizzazioni interne col nitrato d'argento o col ferro rovente le evito, in causa delle forti retrazioni cicatriziali che tengono loro dietro.

Il forte rilasciamento del tessuto uterino non di rado scompare coll'uso di tamponi alla glicerina ed all'acido tannico, del cui uso ho già parlato a proposito dell'endometrite. Anche la segale e l'hydrastis canadensis si mostrano in ciò molto utili.

Recentemente si è tentato di usare il massaggio per guarire la metrite cronica. Oltre alle relazioni che ci mandano dalla Svezia i fautori del massaggio, profani alla medicina, abbiamo rapporti favorevoli anche da Bunge (2) e Prochownik (3). Da parecchi anni anch'io, nei casi non complicati da irritazione perimetritica o da recenti complicazioni nell'endometrio, ho usato il così detto massaggio per pressione e trazione, e l'*impastamento* dell'utero fra le dita introdotte in vagina e la mano esterna; ed appunto in 4 casi di metrite cronica di mia osservazione ebbi a felicitarmi del risultato finale; occorre però un'applicazione assai paziente e cauta di questi metodi che stancano malata e medico, tantochè l'esito, sul quale si può contare solo dopo 5-6 settimane, sembra pagato abbastanza caro.

La cura della metrite cronica è validamente aiutata a un'oppor-

(1) Anche Breisky, Centralbl. f, Gynäk. 1878, p. 301, Iohannowsky, Prager Vierteljahrschrift, 1879, p. 88.

(2) Berliner klin. Wochenschrift, 1882, N. 25.

(3) Congresso dei naturalisti in Magdeburgo 1884. Centralbl für Gynäk. 1884, 42.

tuna cura di bagni e di acque, ed eventualmente dalla dimora al mare o ai monti.

Se cogli indicati mezzi locali si è avviata una involuzione nel processo morboso, credo opportuno di sospendere la cura locale quando la malata va ad una stazione di bagni. In genere la cura dura circa 6-8 settimane. Fra le fonti scelgo quelle che hanno un' azione eccitante dell' attività intestinale. Se la donna è molto debole, consiglio anche i bagni di mare o le fonti ferruginose, mandando al mare le donne mancanti di appetito e con scarso scolo mestruale, e alla cura ferruginosa quelle che soffrono di abbondanti menorragie, purchè il loro stomaco tolleri queste acque.

Se la donna è assai indebolita per le sofferenze, preferisco mandarla per qualche tempo all'aria sana dei boschi e dei monti, dove solo in casi di indicazioni individuali precise farà uso di acque minerali o di bagni. Nei casi in cui la metrite cronica si sviluppa assieme colla pubertà, ho visto dei buonissimi effetti coll'uso dei bagni.

Ad onta delle più attente cure e della rigorosa attenzione degli or descritti metodi, non è raro che manchi l' arresto o l' involuzione del processo morboso, e specialmente si vede fallire la terapia là dove per circostanze esterne non si possono attuare i riguardi imposti, dove persiste l'azione degli agenti irritanti, e dove la cura è iniziata solo dopo anni ed anni dall'origine del male. In questi casi io considero l'amputazione del collo, cioè l' escisione di una data porzione della cervice, come il più acconcio metodo di cura.

Sappiamo dalle ricerche di Rokitansky e C. Braun (1) e da innumerevoli altre osservazioni cliniche, che una tale operazione sul collo può essere, ed è infatti spesso seguita da un processo involutivo di tutto l' utero, analogo a quello che si verifica in puerperio. Siccome d'altra parte tale operazione, fatta da mano esperta, non ha come atto operativo quell' alta importanza che ancora molti le attribuiscono, non manco dal raccomandare caldamente l'amputazione del collo nella cura dei casi ribelli di metrite cronica.

Questa raccomandazione è tanto più pressante, in quanto che con questo atto operativo noi veniamo in pari tempo ad agire energicamente sulla mucosa; ed è per mio conto confortata con una serie magnifica di molte centinaia di queste osservazioni (2).

La memoria di Braun, che trovò poca eco, si poggiava su casi di ipertrofia del collo, e su operazioni coll' ansa galvanica o collo schiacciatore. Io credo che si andrà sempre più lasciando in disparte questi mezzi, perchè l'operazione col bistorì seguìta da sutura, prescindendo da

(1) Zeitschrift d. Ges. d. Wiener Aerzte, 1864, p. 43. C. Fürst, Wiener medic. Presse 1864.
(2) Congresso di Cassel 1878, vedi Arch. f. Gyn. e Centralbl. f. Gyn. 1878.

tutti gli altri vantaggi, ha quello di poter esser meglio foggiata sul caso speciale. Il consiglio dato da me, di applicare l'amputazione alla cura della metrite cronica, sebbene giudicato dapprima poco favorevolmente, al giorno d'oggi sembra essersi guadagnato pieno diritto di cittadinanza (1).

Nel maggior numero dei casi si può ottenere una configurazione del muso di tinca quasi perfettamente analoga alla normale; l'utero si riduce, la metrite cronica guarisce, e assai di frequente si raggiunge non solo un sollievo alle sofferenze locali, ma si esercita anche una favorevolissima influenza sulle condizioni generali. La donna riacquista il vigore, e riguadagna la coscienza della salute e di una normale attività. Anche sulla sterilità esercita questa cura una influenza assai benefica, come posso arguirlo con sicurezza dal gran numero di gravidanze che ebbero decorso normale dopo l'amputazione in donne state sterili per anni ed anni.

D. — Neoplasmi della vulva e della vagina.

1. Neoplasmi della vulva.

Alle nostre latitudini sono relativamente rari i casi di iperplasia da elefantiasi, che nei paesi tropicali, specialmente in Oriente, si presentano con maggior frequenza (2).

Possono aver per substrato tutta la vulva, oppure una parte di essa, e specialmente il clitoride: crescendo formano grossi tumori che occludono l'introito e si fanno pendenti fra le coscie. Per lo più queste masse sono in rapporto d' origine con qualche affezione delle vie linfatiche (3); in altri casi crescono su terreno sifilitico: non raramente si potrebbe trovare la causa dello sviluppo specialmente dell' ipertrofia delle piccole labbra (il così detto grembiale delle Ottentotte) in manovre onanistiche.

Fra i tumori della vulva sono frequenti i papillomi, di cui già ho parlato a proposito delle infiammazioni della vulva. Klob (4) ne ha visti senza rapporti colle ghiandole sebacee, Winckel (5) ne ha trovati spesso, sul monte di Venere, di piatti con peduncolo corto, a forma di fungo, ma anche sulle grandi e piccole labbra. Si distinguono dai condilomi solo perchè questi possono presentarsi ovunque, mentre i papillomi hanno origine solo da papille preesistenti.

---

(1) Schröder. l. c. p. 105.

(2) Aubenas, Des tumeurs de la vulve. Thèse. Strasburg 1860. L. Mayer, Berlin. Beitr. z. Geb. u. Gyn. 1872 I p. 363. Winckel. Trattato 1886.

(3) Virchow, Patologia dei tumori, I.

(4) Pathologische Anatomie d. weibl. Sexualorgane, p. 401.

(5) l. c. p. 25.

Quanto agli ingrossamenti, non rari a trovarsi, delle glandole del Bartolini rimando al già detto.

Più volte ho trovato dei lipomi, grossi anche più di un pugno, alle grandi labbra; in altri casi delle forti infiltrazioni ghiandolari. Si hanno già molteplici descrizioni di fibromi della vulva, che, sorti dalle grandi labbra, raggiunsero considerevole volume. Per lo più erano facilmente enucleabili; in alcuni casi, però, il loro isolamento presentò qualche difficoltà. Sinora sono affatto isolate le descrizioni di *lupus* alla vulva; più frequente il carcinoma primario.

Rarissimo è un tumore che ebbi occasione di excidere 10 anni fa dal grande labbro sinistro in una zitella di una certa età, tumore della grossezza di una ciliegia e che fu riconosciuto per un melanoma. Per quanto io ne ho udito, la paziente otto anni dopo era ancor sana.

Siccome queste masse talvolta si fanno assai tumefatte ad ogni periodo mestruo, e sono causa di gravi incomodi nei movimenti e nel lavoro, danno una molestissima secrezione e non di rado ostacolano i rapporti sessuali, è talvolta necessario procedere presto alla loro ablazione: sempre poi quando ne venga constatata la natura maligna. L'operazione è complicata dal grosso calibro dei vasi che affluiscono a queste masse ipertrofiche.

Si potrà, o isolare gradatamente il tumore procedendo mano mano a suturare la soluzione di continuo, oppure con punti passati profondamente si fa una emostasi provvisoria prima di isolare il tumore. Quando il volume è considerevole, preferisco quest' ultimo procedimento, perchè in tal modo posso meglio dare la voluta conformazione alla linea di sutura. Si spolvera con iodoformio la superficie cruenta, per chiuderla poi diligentemente con alcuni punti profondi ed altri superficiali. Converrà tenere la linea di sutura possibilmente lontana dalla vagina, e non serrare troppo i tessuti delicati della cute contigua all'introito.

La ferita lineare così ottenuta si può proteggere con una medicazione perchè non venga imbrattata, tanto più se nei primi sei giorni si procede al cateterismo e si ritardano le defecazioni. Negli ultimi tempi ho provato anche a praticare l'emostasi con allacciature isolate, spolverare la ferita di iodoformio, mettervi un piccolo drenaggio, riunire al disopra di questo con punto superficiale la cute, e fissare il lembo con una fasciatura compressiva. Anche in questi casi la guarigione seguì benissimo.

In un caso di genere analogo, in donna molto attempata, assieme al carcinoma della vulva ho esportato anche una ghiandola inguinale infiltrata del volume di un uovo di gallina.

Cinque anni dopo la paziente, stando a quanto riferì la famiglia, era ancora libera da recidive. In un'altra si dovette escidere tutta la vulva e più del terzo inferiore della vagina col tubercolo uretrale, perchè il neo-

plasma in un periodo di osservazione di cinque settimane si era propagato a tutte queste parti. L'esportazione riuscì completamente; la guarigione avvenne per prima intenzione. Due anni dopo la paziente rimase gravida e partorì spontaneamente. Da allora non ebbi altre notizie. In due altri casi le pazienti si assoggettarono all'operazione solo quando era interessata tutta la vulva e il bulbo dell'uretra. Anche qui si fece l'operazione radicale; ma l'esito fu durevole solo in un caso. L'altra donna morì l'anno dopo per diffusione del cancro. In quella guarita si dovette ricorrere ripetutamente ad operazioni plastiche per correggere l'effetto della retrazione cicatriziale sulla continenza della vescica.

II. Tumori della vagina.

I. Tumori benigni.

La mucosa della vagina, probabilmente per lo scarso sviluppo in essa dell'elemento ghiandolare, è relativamente poco disposta alle neoformazioni (1).

I *fibromi* vi si possono trovare, o in forma di nodi duri, come quelli che io ho estirpato dal fornice posteriore in una zitella attempata, od in forma di polipi. Uno di tali polipi fibrosi l'ho visto io pendere nel lume dell'introito in una bambina neonata e mi fu facile legare il peduncolo e togliere il polipo. Questi fibromi possono arrivare a considerevole grossezza, dar sintomi di compressione sugli organi vicini, perforare la parete vaginale; crescono per lo più lentamente, e possono rimuoversi per enucleazione o per allacciatura del peduncolo.

Con frequenza relativamente maggiore si incontrano le *cisti della vagina* e il *cancro primitivo*, sebbene anch'esse siano forme piuttosto rare.

Cisti della vagina. — I tumori cistici possono originare: *a*) da ritenzione di secreto nelle ghiandole delle pareti vaginali che Preusschen (Virchow's Archiv 70) descrisse quali ampie cripte, o quali infossamenti tubulari. — *b*) da stravasi sanguigni traumatici. Kaltenbach (Arch. für Gynaek. V.), Gotthardt (Wiener med. Wochensch. 1869) ed altri hanno descritto degli spazii cistici di tale natura. — *c*) da dilatazione degli spazii linfatici con rivestimento endoteliare, come le cisti descritte pel primo da Winckel (Arch. für Gynaek, II. p. 383) — *d*) da residui dei dutti di Gartner (canali di Wolff) o dei corpi di Wolff, come dimostrò G. Veit (Malattie delle donne 2.ª Ed. 1877 p. 544). Quanta parte vi possano avere le lacune che si riscontrano presso il tubercolo uretrale, delle quali parlano Skene (Amer. Journ. of. Obstetrics 1880 p. 265), Kleinwächter (Prager med. Wochensch. 1886 N. 9), Kocks (Arch. für Gynaek. XX p. 487) e Dohrn (ibid. p. 328), non è ancora ben stabilito.

---

(1) Per la frequenza, vedi il trattato di Winckel, pag 131.

Anatomia patologica. — Più volte gli spazii cistici hanno une pitelio cilindrico basso, una membrana connettivale assai sviluppata, ed un contenuto limpido vischioso: talvolta sono tappezzate da epitelio a ciglia vibratili. Altre volte le cisti, per mancanza di un rivestimento epiteliare, figurano come semplici vacui in cui siasi raccolto un liquido limpido e sieroso. Si trovano in tutti i segmenti della vagina, e isolate, o riunite a gruppi, e sviluppandosi possono dar luogo a disturbi simili a quelli determinati dal descensus o prolasso della vagina. Io ho operato 15 volte delle cisti di diverse dimensioni: la maggior parte aveva dato luogo ad una vera procidenza. Queste rilevatezze trasparenti delle pareti vaginali sotto l'azione degli sforzi scendono all'ostio vaginale, o fuori di esso. La molestia che ne risulta per lo più è l'unico inconveniente lamentato: in alcuni casi fu indicato come più saliente disturbo l'ostacolo ai rapporti sessuali. Un effetto speciale l' ho visto prodotto in una giovane donna sterile da una cisti della grossezza di una noce situata nel fornice sinistro, che, facendo forte sporgenza nel lume della vagina, si sovrapponeva all'orificio uterino, ricoprendolo tanto nell'esplorazione digitale, che nell' esame collo speculum tubulare.

Nell'ulteriore decorso delle cisti della vagina è rarissimo osservare la decomposizione e suppurazione del contenuto: di altri esiti io non ne ho veduto.

L'operazione delle cisti vaginali non può restringersi ad una semplice incisione del tessuto, per lo più resistente, che separa la cisti dalla superficie, perchè questi spazii cistici non scompaiono tanto facilmente; la ferita si rinchiude e la cisti ritorna a distendersi.

Per questo riguardo, e pei sintomi di procidenza determinati dalle cisti, se ne consigliò l'estirpazione. Nella narcosi, e nella posizione sacro-dorsale, sotto l'irrigazione continua, io incido la parete vaginale al di sopra della cisti, e cerco poi di snucleare questa senza intaccarla. Se la cisti è voluminosa, si giunge facilmente nel tessuto perivaginale, anzi talvolta in grande vicinanza al retto ed alla vescica. Snucleata completamente la cisti, si riunisce la ferita con punti profondi che passano sotto tutta la superficie, o meglio ancora colla sutura continua al catgut. In 15 casi io ho così esportato delle cisti sia uniche, sia riunite in gruppi, varianti dal volume di una nocciuola a quello di un uovo. Una delle più voluminose si trovava nella parete vaginale anteriore prolassata, e fu estirpata nel fare la colporrafia anteriore. In tutti i casi, guarigione senza incidenti. Specialmente in cinque donne le cisti della parete anteriore e posteriore si potevano ritenere causa del prolasso, perchè si affacciavano all'ostio vaginale e causavano un continuo senso di peso, da cui le pazienti cercavano liberarsi con forti premiti.

Un'altra proposta per l'operazione di queste cisti è partita da Schröder (1), che consiglia di resecare un lembo della parete cistica rivolta

(1) Zeitscrift f. Geb. u. Gyn, III, p. 424.

verso il lume della vagina e di suturare il fondo della cisti così messo allo scoperto colla parete vaginale, in modo da impedire in ogni caso che la cisti si rinchiuda e che torni ad atteggiarsi a cavità.

Una complicazione abbastanza grave è fornita da quelle cisti, che, senza essere originate in tutta vicinanza alla vagina, pure nel loro sviluppo si spingono sotto la parete vaginale al pari delle cisti della vagina. Tali cisti, da molti considerate come tumori da ritenzione svolti da rudimenti di organi embrionali, possono raggiungere notevole volume, e, poggiando sul fondo della pelvi, sollevano in alto il peritoneo e vengono a presentarsi come tumori di ragguardevole grossezza a sviluppo extraperitoneale (1).

Tali tumori per lo più furono attaccati dalla vagina, e più d' una volta, spaccata la cisti, e suturatene le pareti alle pareti vaginali, furono abbandonati alla guarigione per granulazione. Se un tale piano operativo urtasse in qualche ostacolo, io non avrei alcuna difficoltà a fare anche per una di queste cisti la laparotomia. Si dovrà in tal caso incidere il rivestimento peritoneale, snucleare il tumore e chiudere la ferita così prodotta. Se il tumore non si può rimuovere in toto, dopo esportatone il segmento superiore, si potrà drenare in basso la parte non asportabile e chiudere colla sutura l'apertura fatta in alto, in modo da escludere la comunicazione colla cavità peritoneale.

In seguito a simili operazioni in vagina, come pure in seguito ad ulcerazioni di origine difterica, puerperale o sifilitica, si possono produrre *stenosi della vagina*, che vengono in scena anche per effetto di neoformazioni maligne, o come conseguenza della colpite senile. Non parlo qui dell'incompleto sviluppo congenito del lume vaginale.

Le aderenze delle pareti vaginali (2), in qualunque punto abbiano sede, pongono poi ostacolo al deflusso dei secreti uterini e all' evacuazione del retto e della vescica, e disturbano certamente la vita sessuale. I disturbi di quest'ultimo genere del resto non si manifestano nella misura che si potrebbe aspettare in riguardo al grado della stenosi, perchè le pareti vaginali sono tanto distensibili, che anche persistendo la stenosi, e perfino in casi di atresia, possono adattarsi a formare un ricettacolo, cosicchè l'angustia del lume vaginale non viene neppure avvertita, e non occorrerà intervenire fin quando la donna non lamenti disturbi di ritenzione e gravi molestie da parte della vescica e del retto.

In tutti i casi da me finora visti il lume della vagina si poteva riconoscere ridotto ad un' apertura talvolta minima. Di lì si poteva incominciare l'operazione per forzare la stenosi. Sempre si avranno tutte le precauzioni per non ferire retto o vescica: perciò comunemente l'in-

(1) J. Veit. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. 1882, VIII, p. 471.
(2) Vedi Breisky, Krankheiten der Vagina, 1883, p. 58.

cisione sarà bilaterale, verso il lasso connettivo che costeggia la vagina. L'omorragia può essere considerevole; per arrestarla ricorreremo anche qui alla sutura. La sutura dovrà poi estendersi a tutte le parti cruentate, perchè queste ferite della vagina hanno una grandissima tendenza a contrarre dei coaliti e a dar luogo a forti retrazioni cicatriziali. Per opporsi a queste, non v'è altro mezzo sicuro che di chiudere le ferite in modo che la retrazione cicatriziale non possa condurre alla riproduzione della stenosi. Ancor più consigliabile è l'escisione di tutta la zona stenosata', del cercine rigido cicatriziale con tutti i tessuti circostanti, per poi opportunamente affrontare i margini sani del difetto di sostanza così prodotto. Nella occlusione quasi completa, che io vidi imitare l'atresia congenita, le difficoltà di una discissione sono enormi. La vicinanza della vescica e dell'intestino obbliga ai maggiori riguardi; si procede con difficoltà in causa della sede profonda dell'atresia in una vagina poco ampia, e della emorragia che facilmente viene in scena. In questi casi si comincia con una incisione trasversale nella parete occludente, incisione che sarà addirittura possibilmente estesa, si potrà poi con punti profondi impedire sia l'emorragia successiva, sia la retrazione dei margini durante l'operazione; e attraverso alla breccia mantenuta beante da queste suture, scavarsi una via negli strati profondi.

Il consiglio di continuare l'operazione con istrumenti ottusi, ad es. il manico dello scalpello, non mi sembra molto felice, perchè a questa profondità difficilmente si maneggia lo scalpello: è meglio tener sempre distese le superfici cruente con pinze uncinate, ed incidere fra di esse. In casi estremi, se dietro l' atresia esiste manifesta raccolta di sangue, io apro la cavità da ritenzione, dopo incisa ampiamente la cicatrice, sia con un trequarti, sia con uno strumento smusso, ad esempio una sonda, perforando così quel resto di sepimento che non era suscettibile di una discissione diretta: di lì poi estendo d'ambo i lati l'apertura con un bistorì bottonuto. Anche in questi casi è molto a temersi la retrazione cicatriziale, e per evitarla sarà bene escidere quanto più si può di tessuto cicatriziale, e riunire dal basso all'alto i margini della ferita fra di loro.

Seguendo il consiglio di Heppner (St. Petersb. med. Wochenschr. 1872 N. 6 p. 552), si può anche servirsi di un lembo cutaneo per inserirlo nella ferita, come fece anche Credè (Arch. f. Gyn. 1884 XXII pagina 229).

La cura consecutiva in tutte queste operazioni sulla vagina sarà fatta press'a poco come si procede in lesioni analoghe del retto intestino, cioè usando di mezzi dilatanti. Si hanno tubetti di tutti i materiali possibili e di svariato calibro, che vengono introdotti dalle pazienti stesse, eventualmente nel semicupio, e si lasciano in posto un po' di tempo per combattere la tendenza alla stenosi. È evidente che sotto questo rapporto può esercitare una certa influenza la vita coniugale.

2.° Neoplasmi maligni della vagina. Se un tempo si reputava che i neoplasmi maligni della vagina fossero assai rari, oggidì, in seguito a numerose e concordi osservazioni, tale opinione si è modificata; sempre però si ammette che sieno piuttosto rari i carcinomi primitivi della vagina. Possono avverarsi in diverse forme, o di nodi piccoli e disseminati nella vagina, o di ulcerazioni più o meno estese con base assai dura, o infine di tumori che, sviluppandosi nella parete stessa della vagina, ne occludono il lume. Nell'ulteriore sviluppo tutto un segmento anulare del tubo vaginale può venir colpito dalla degenerazione, cosicchè la vagina viene, per un tratto più o meno lungo, occupata completamente dal tumore: oppure lo sviluppo si localizza all' una od all' altra parete, per estendersi di preferenza agli strati profondi, anzichè a tutta la vagina.

È solo di questi cancri primari (1) che io intendo qui occuparmi e della loro cura, lasciando da parte quei casi in cui sono colpiti i fornici e per lo più anche l'utero presenta traccie del male. Questi ultimi casi appartengono al capitolo dei tumori maligni dell'utero.

L'eziologia del cancro della vagina è ancora oscura: non si confonde certo con quella del cancro uterino, perchè in vagina non vi è epitelio cilindrico che disponga a queste neoformazioni, nè quell'ampio sviluppo dell'apparato ghiandolare, cui spetta tanta parte nel determinare le degerazioni maligne dell' utero. Il cancro primitivo della vagina è relativamente frequente in donne giovani (un dodicesimo dei casi conosciuti concerne ragazze sotto i 20 anni). In base ad osservazioni da me fatte (2) e continuate di poi, il cancro della vagina si incontra una volta su mille casi di ginecologia.

I sintomi del cancro possono essere tanto lievi, che l' infelice paziente viene solo casualmente alla scoperta del male che l' affligge: in altri casi si hanno vivi dolori lancinanti che si diffondono in distanza, o secrezione profusa di cattivo odore commista a sangue, od anche perdita di sangue puro. Se il male si estende, viene in scena relativamente presto compartecipazione del retto e della vescica. In alcuni casi assai caratteristici ho visto l' infiltrazione maligna diffondersi esclusivamente in alto verso i fornici, presso all'utero. In un caso ho dovuto praticare lo svuotamento di una grossa cavità nel legamento largo di destra presso la quale trovavasi intatto l'utero.

La diagnosi deve essere controllata dall' esame microscopico, se i dubbii non sono tolti dalla decomposizione dei tessuti, dalla infiltrazione e dalla secrezione.

La cura del cancro vaginale avrà speranza di successo solo quando

(1) Küstner, Archiv f. Gyn. IX, p. 279.
(2) Bruckner, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. 1881, VI.

l'operazione venga eseguita in un periodo poco avanzato del male (1). La parte malata si dovrà escidere assieme ad una conveniente porzione di tessuto sano, e specialmente l'escisione dovrà portare sulla base del male. In simili casi io limito con un'incisione tutto all'intorno il tessuto da escidersi, poi disseco la parete vaginale, e col bistorì, colle forbici, colla punta delle dita cerco di sradicare il neoplasma, finchè l'abbia tutto isolato ed esportato. Nel rimediare al difetto di sostanza si possono incontrare delle grandi difficoltà in riguardo agli organi vicini: ancor più ardua riesce la riunione dei margini se il tumore aveva sede in alto nei fornici.

In tutti questi casi, per quanto ciò tornasse difficile, ho sempre fatto passare l' ago sotto tutta la superficie della ferita per procurare un'intima riunione delle parti addossate. In questi ultimi anni ho preso l'abitudine di mettere prima di tutto in posto questi punti profondi, e di spolverare di iodoformio la ferita prima di chiuderla. Il risultato fu sempre estremamente favorevole quanto alla prima intenzione: riunione completa, e cicatrice tanto salda che, tolti i punti dopo 8 o 10 giorni, la profonda escavazione fatta poteva ritenersi del tutto chiusa. Non ho mai visto seguirne avvelenamenti da iodoformio, perciò trovo da raccomandarsi questo impiego dell' iodoformio per favorire il rimarginarsi di una ferita che è molto compromessa per la forte tensione dei tessuti, per il continuo contatto coi secreti uterini e per la naturale disposizione del secreto vaginale alla decomposizione.

La prognosi del carcinoma vaginale, per quanto favorevole in riguardo alla prima intenzione, è molto riservata, almeno stando alle mie osservazioni. Tutte le mie malate andarono incontro a recidiva, sebbene io sia convinto di avere, almeno nel maggior numero, operato completamente sul sano.

E. — Neoplasmi dell'utero.

I. Miomi, Fibromi.

Studiare assieme i miomi ed i fibromi dell'utero è cosa giustificata non dal solo punto di vista dell'analogia dei loro sintomi clinici: credo che anche dal punto di vista anatomo — patologico non si possa obbiettare gran che a questa riunione. Tumori composti esclusivamente di fibre muscolari liscie sono in ogni modo rarissimi, come pure d'altra parte nei

(1) Il consiglio di Kaltenbach (Oper. Gynäkologie di Hegar e Kaltenbach, 3.ª Ed. p 7:2) di operare anche senza riguardo alla vescica e al retto, purchè le vie linfatiche siano ancora immuni, non mi pare accettabile, vista la difficoltà di una simile constatazione. Io arrischierei l'operazione anche a costo di ferire gli organi vicini, solo se l'operazione giovasse a dar coraggio alla paziente. Del resto più d'una volta vidi delle ferite della vescica chiudersi spontaneamente per granulazione.

fibromi si incontrano per lo più, quantunque poco numerosi, degli elementi muscolari. Lo sviluppo delle due sorta di tumori procede nello stesso modo: i sintomi da essi determinati si rassomigliano, e quando abbiano raggiunto un certo grado di sviluppo rendono necessario press'a poco la stessa terapia.

In base ad un materiale relativamente ricco (1), si è cercato in questi ultimi tempi di porre in chiaro l'eziologia di questi neoplasmi, senza riuscire però a conclusioni realmente apprezzabili nella pratica. Pare che i miomi possano svilupparsi di buonissima ora nell'utero, anzi vogliono alcuni ritenerne congeniti i germi: però nel maggior numero dei casi danno sintomi serii solo nell'età matura, cioè dopo i 30 anni.

I miomi si dice si sviluppino con speciale frequenza in alcune razze, ad es. nelle negre: in Germania pare che colpiscano di preferenza le donne delle migliori classi sociali, anzichè quelle delle classi così dette infime in continua lotta colle difficoltà della vita, nelle quali è invece più frequente il carcinoma (2).

Il matrimonio non ha alcuna evidente influenza sullo sviluppo dei miomi. Anche io nel mio materiale ho trovato con una certa frequenza dei miomi in ragazze, o in donne che avevano contratto matrimonio solo più tardi dopo che il tumore era già assai sviluppato. La gravidanza non viene esclusa da questa sorta di tumori, ma non ne è certo favorita l'insorgenza. Se gravidanza si avvera, l'involuzione puerperale può esercitarsi palesemente anche sul tumore, se questo non è sottratto per la sua sede sottosierosa all'azione dell'involuzione, o se per il suo accrescimento non oppone ostacolo agli stessi processi involutivi.

Anatomia. — Questi tumori presentano delle fibre muscolari liscie frammiste a fasci connettivali con speciale disposizione ondulata: tali elementi trovansi in proporzione variabile, tanto che prevale ora il carattere miomatoso, ora il fibroso. Fra questi elementi incontransi abbondanti vasi sanguigni di dimensioni varie, e vasi linfatici più o meno sviluppati.

I rapporti anatomici dei miomi cogli organi vicini possono variare assai. Se tali tumori, stando ad alcune osservazioni, possono svilupparsi da una zona non limitabile, in altri casi vediamo nelle pareti dell'utero disseminati innumerevoli piccoli nodi, che possono ritenersi come stadii iniziali dei miomi. Nell'ulteriore loro sviluppo questi tumori possono mantenere tale carattere di isolamento, e la loro nutrizione si verifica per ricco numero di vasi attraverso ad una zona di connessione, spesso marcatissima, che sta fra il tumore ed il tessuto contiguo, e che costituisce la così detta capsula o mantello del tumore. Crescendo poi note-

(1) Winckel, Sammlung klin. Vorträge, 98.
(2) Schröder, Trattato, p. 218.

volmente, si mantengono perfettamente differenziati nella loro capsula, congiunti solo per una lassa connessione ai tessuti vicini, che ne vengono alterati e deformati nel modo più irregolare. In altri casi il mioma si sviluppa da un punto di partenza più diffuso, e passa del tempo ed il tumore può avere raggiunto considerevole volume, prima che per differenziazione dal tessuto vicino esso venga ad isolarsi, e si determinino gli stessi rapporti come nell'altra forma.



Fig. 123. — Miomi multipli nel corpo dell'utero (Da Winckel).

Se già per questo si ha una notabile differenza nella forma e sviluppo di questi tumori, d'altra parte l' utero subisce le più irregolari alterazioni nella sua forma, pel fatto che questi tumori ben raramente sono isolati, ma si tratta per lo più di nodi multipli, e più d'una volta accade, specialmente in donne vecchie, di trovare l' utero disseminato da una quantità innumerevole di tali nodi (fig. 123 e 124).

Un'ulteriore differenza nello sviluppo è in relazione colla sede del tumore: la sua sede nel corpo o nel collo fa naturalmente cangiare i rapporti che esso contrae specialmente col peritoneo.

Da ciò emerge una precisa e pratica classificazione di questi tumori. Che il tumore sia differenziato nella sua capsula lo possiamo in vita constatare solo durante l' operazione; ma la sede del tumore abbiamo frequente occasione di diagnosticarla anche prima, tanto più se si tratta di tumori ancora poco sviluppati.

Probabilmente il maggior numero dei miomi si svolge nello spessore della parete uterina con sede *interstiziale*, *intraparietale*, a distanza press'a poco eguale dalla sierosa e dalla mucosa, e qui passa i primi stadii dello sviluppo. Ma, crescendo il volume, è raro che questi tumori restino intraparietali, sebbene anche qui si possano osservare gradi considerevoli di sviluppo; si sono perfino trovati dei tumori intramurali di 63 libbre di peso. Per lo più, continuando a crescere, essi si trasportano verso la superficie esterna od interna dell'utero. Si spingono sotto il peritoneo e, togliendosi dal loro letto originario, arrivano fin sotto alla sierosa: dietro ad essi l'antica sede si chiude, la parete uterina si colma, e solo un peduncolo più o meno sottile mantiene la connessione col primitivo

punto di origine nella parete uterina. Questi tumori *sottosierosi* si orgono al disopra della parete uterina, ed hanno uno sviluppo illimitato, diventano assai più grossi dell'utero stesso, riempiono tutta la cavità addominale, ricacciano in basso l' utero, lo spostano lateralmente, e per compressione lo portano talvolta ad una completa atrofia. Tali voluminosi tumori sottosierosi possono percorrere tutte le varie fasi che descriveremo: anzi sono essi che per insufficiente nutrizione, o per torsione del peduncolo, cadono in gangrena, o si infiammano, ed aderiscono poi con tutti gli organi coi quali vengono in contatto.

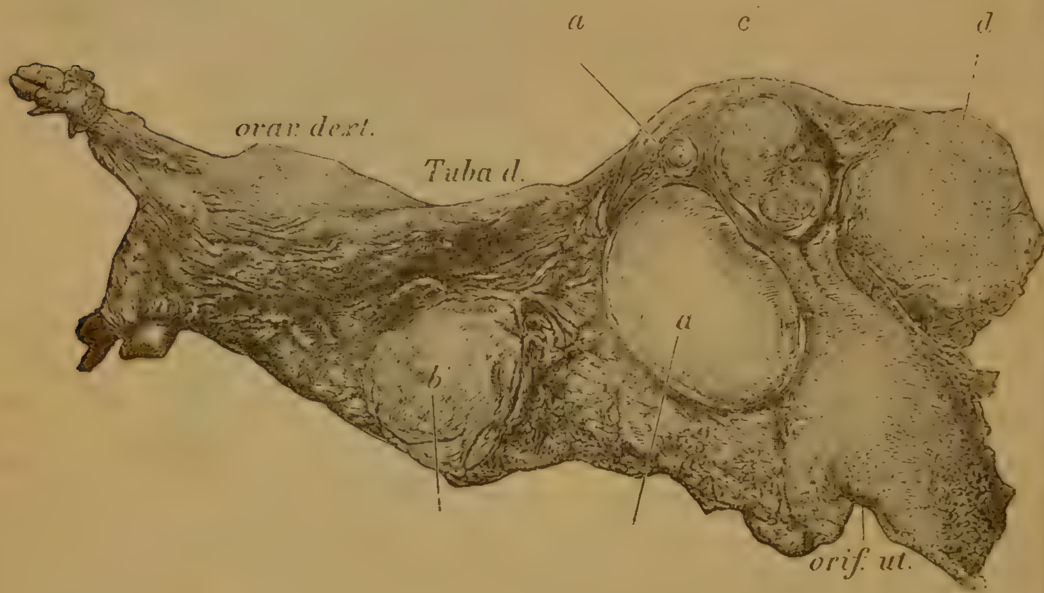


Fig. 124. — Miomi multipli nello spessore del corpo e in vicinanza all'utero (Da Winckel). *a* Intraparietale, *b* intralegamentoso, *c* sottomucoso, *d* sottosieroso.

Non è solo verso il peritoneo che può dirigersi lo sviluppo del tumore: esso può spingersi anche sotto la mucosa, ed occupare completamente la cavità uterina: se si sviluppa molto, può giungere fino all'orificio uterino interno, interessando tutta la parete o tutto l'utero in massa. Accade con una certa frequenza che per questi tumori sottomucosi la mucosa viene eccessivamente distesa e può andare fino alla gangrena. Può darsi allora che il tumore, snucleandosi dal suo letto primitivo, passi attraverso al punto gangrenato nella cavità uterina o nel canal cervicale, e infine in questo modo cresciuto e sempre più differenziato venga alla fine espulso, quasi partorito, perchè questi tumori agiscono come corpi stranieri, eccitando le contrazioni uterine.

In questo stadio dunque può aversi una specie di guarigione spontanea per enucleazione spontanea. Prima però di giungere a questo punto estremo, e, si può dire, a volte assai favorevole, il tumore restando rivestito dalla mucosa uterina può fare sporgenza nel cavo uterino in

forma di polipo, e così il mioma o fibroma, in origine intraparietale, poi sotto-mucoso, viene a riempire la cavità uterina come un polipo fibroso o fibromiomatoso, e qui dà luogo ai disturbi proprii a questa specie di tumori.

Come i fibromiomi del corpo, possono comportarsi nei loro diversi stadii di sviluppo anche i miomi del collo dell'utero. Sono in realtà assai più rari dei corrispondenti tumori del corpo, ma anch'essi possono avere sviluppo interstiziale od intramurale, e restare in questo stato, o farsi sottosierosi nelle vicinanze del collo, diventando perciò *intralegamentosi*, oppure spingersi tra il collo e la vescica, od infine, atteggiati a polipo, sporgere nel canal cervicale od in vagina. Vanno poi soggetti a tutte le ulteriori fasi di sviluppo come i miomi sottomucosi del corpo.

I miomi del collo non di rado si sviluppano in grembo al legamento largo, ne divaricano i foglietti ed occupano tutto il bacino, uscendo così dai confini proprii del collo. Si spingono anche fra gli strati del pavimento pelvico, e per questa via riescono sotto al rivestimento sieroso del bacino, al di là del legamento largo; anzi possono insinuarsi, come io ho visto più d'una volta, fra i singoli organi del bacino o diffondersi sotto il peritoneo del grande bacino. Allora sollevano tutto il peritoneo pelvico: scompaiono il cavo del Douglas e l'escavazione vescico-uterina, e vagina, uretra e retto ne vengono irregolarmente compressi nel loro decorso fino allo sbocco. Altre forme si hanno quando i miomi si sviluppano nella porzione vaginale del collo. La durezza delle nodosità, il volume, ed anche la mortificazione del rivestimento mucoso eccessivamente disteso, con formazione di profonde ulcere gangrenose, possono esporre molto facilmente ad uno scambio con un cancro del collo.

Oltre a questi modi di sviluppo proprii dei fibromiomi, vi si può osservare poi una serie di modificazioni caratteristiche, dovute ai processi involutivi che colpiscono questi tumori (1). Al pari della parete uterina alla quale istologicamente e geneticamente corrispondono, anch'essi possono ridursi nell'età critica, atrofizzarsi, e scomparire quasi totalmente lasciando solo un residuo cicatriziale, press'a poco come avviene per l'atrofia senile dell'utero. In questi tumori sotto peritoneali ed interstiziali in via di atrofia non di rado si verifica un processo di calcificazione. La deposizione dei sali calcari per lo più si fa a strisce irregolari che, dopo macerazione della parte non calcificata, rappresentano una massa reticolata, oppure viene a costituire un'unica massa solida (Vedi Lehnerdt. Zeitschr. f. Geb und Gyn III. 359).

Un altro processo che conduce quasi allo stesso risultato è quello di *degenerazione grassa*. Pare che questa modificazione si avveri di preferenza quando, nonostante il mioma, si verifica una gravidanza, e sotto

(1) Schröder, l. c. p. 220.

l'influenza del puerperio la massa neoformata subisce la stessa involuzione dell'utero. Non si può mettere in dubbio che anche un mioma voluminoso possa in tal guisa ridursi considerevolmente. Ho visto una puerpera in cui il tumore aveva grossezza quasi due volte un pugno (1): alla sezione sei settimane post partum il suo contenuto si trovò trasformato in una poltiglia grassosa omogenea: questo rammollimento potrebbe indubbiamente portare al riassorbimento ed alla scomparsa del tumore (2).

Nei miomi si può anche determinare un *edema*, che invade tutto il tumore, e che alla fine può condurre ad una specie di rammollimento, tanto quanto la *degenerazione mixomatosa*, nella quale si sviluppa abbondante tessuto mucoso fra i fasci muscolari, tessuto che decomponendosi può dar luogo ad estesi focolai di rammollimento.

Questo rammollimento, che non sempre invade in modo uniforme tutto il tumore, dà origine a forme peculiari, designate come *tumori fibrocistici* o *miomi cistici* (3) (fig. 125). Entro a cavità di forma irregolare, e in apparenza senza pareti proprie preformate, si trova un liquido sieroso, ed una massa poco compatta attraversata dai soliti fasci muscolari e fibrosi. Il tumore fibrocistico per l'estensione ed il numero degli spazii cistici può prendere tutto l'aspetto di un cistoma ovarico multiloculare, e più d'una volta lo scambio è continuato fino al momento dell'operazione, specialmente se colla puntura esplorativa si ottenne un liquido sieroso.

Con minor frequenza si può incontrare in questi tumori una modificazione dovuta a forte ectasia dei vasi, d'onde la denominazione di *miomi cavernosi* o *telangectasici* (4). Trovandosi i vasi dilatati in grembo ai fasci muscolari e fibrosi imbevuti di sierosità, il tumore diventa straordinariamente ricco di sangue. Il mioma telangectasico o cavernoso contiene dei capillari dilatati, atteggiati a spazii ripieni di sangue, il cui lume può raggiungere una notevole ampiezza. Fra di essi è conservato solo in scarsa quantità il tessuto muscolare e connettivo. Questa modificazione per lo più si limita a qualche segmento, di rado si estende a tutto il neoplasma, e ne spiega le alternative di tumefazione e di riduzione in corrispondenza dell'epoca mestruale. Analogamente a questo, si ha il *mioma linfangectasico* per dilatazione degli spazii linfatici (5).

Altri miomi vanno incontro ad un processo di suppurazione, occasionato da trombi decomposti o da germi piogeni di varia natura, e ad una completa fusione del tumore. Può allora aversi anche inspessimento

(1) Berliner Beiträge z. Geb. u. Gyn. III, p. 33.
(2) Löhlein, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. vol. 1.°.
(3) Heer, Ueber Fibrocysten, Zürich 1871. — Grosskopf. Diss. inaug. München, 1884.
(4) Virchow, Patologia dei tumori. Vol. 3.°.
(5) Leopold, Arch. f. Gynäk. VII, p. 531.

del pus: più spesso questo si fa strada all'esterno, sia pel canal genitale, sia nei dintorni dell'utero. Un caso caratteristico di questo genere l'ho descritto davanti alla Società di Ostetr. e Ginec. in Berlino il 28 Maggio 1886. Il mioma era suppurato, aveva perforato la parete uterina, e cominciava a corrodere il sacro in corrispondenza al promontorio con cui l'utero aveva preso salda aderenza. La peritonite generale suppurata

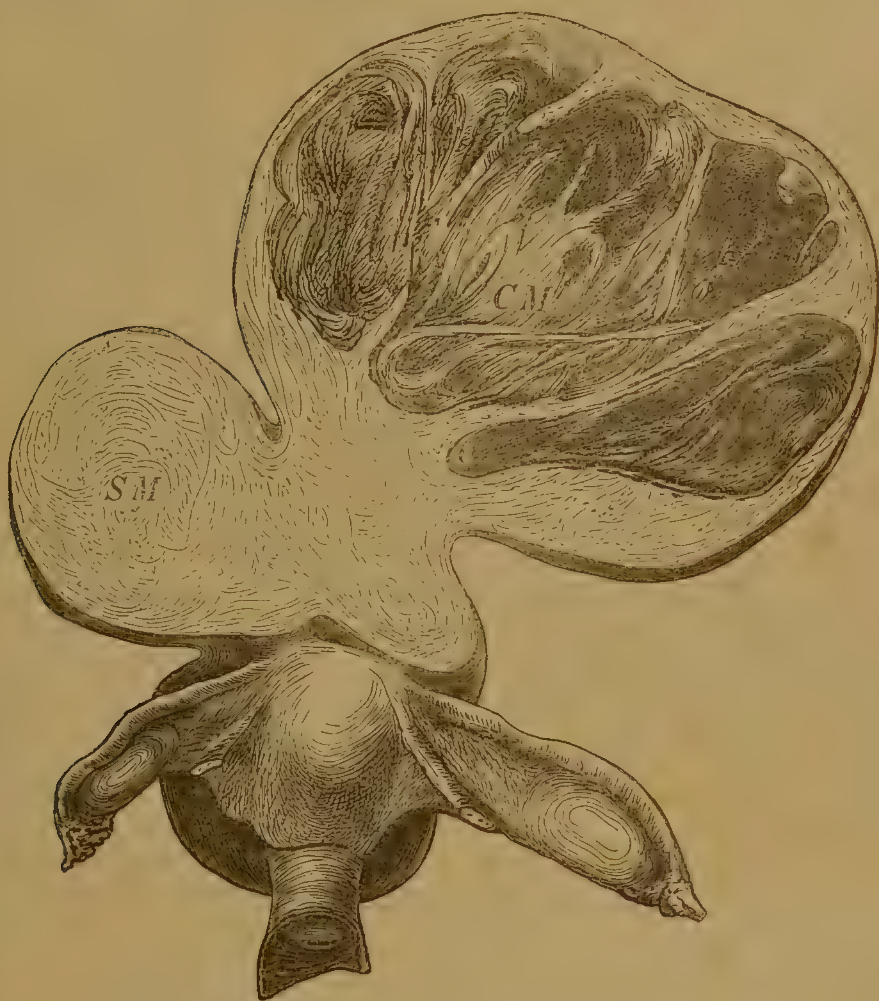


Fig. 125. — CM. mioma cistico, SM mioma sottosieroso (Da Schröder).

che ne derivò non si potè dominare nemmeno colla laparotomia e coll'amputazione sopravaginale (1).

In sè non è esclusa la possibilità di una degenerazione maligna del mioma. Nell' Ottobre 1886 ho operato un caso (vedi Orthmann, Soc. di Ost. e Gin di Berlino 12 Novembre 1886), in cui il mioma aveva subito la degenerazione sarcomatosa: di lì avevano preso punto di partenza anche delle diffuse infiltrazioni ghiandolari. La mucosa era atrofica e

(1) Vedi anche Larcher, Archives général. 1867, 2, p. 545 e 697.

sana in tutto il corpo. In altri casi fu notata la degenerazione cancerosa della mucosa: i casi che vi si riferiscono furono raccolti da Schroeder, (Ed. VII. p. 228): io non sono in grado di aggiungervi alcuna osservazione personale.

Anche i tumori del collo possono andare incontro a modificazioni affatto analoghe. Assumono speciale importanza i casi in cui il tumore si sviluppa fra i foglietti del legamento largo, e sotto il peritoneo pelvico, poichè dànno luogo a vivi dolori, ed è solo da poco che furono resi suscettibili di cura.

Il più frequente esito dei fibromiomi si può ritenere sia l' arresto nell'accrescimento o l'atrofia. Segue per frequenza lo sviluppo sottomucoso e la formazione di *polipi*, che hanno a loro volta una propria storia. Questi polipi si distinguono dai semplici polipi mucosi o follicolari per la natura fibrosa o fibromiomatosa del contenuto (1). Il loro volume varia straordinariamente, al pari della forma, che viene influenzata dalla forma della cavità uterina o cervicale, ove il polipo può a lungo soffermarsi. I polipi fibrosi per lo più hanno peduncolo sottile, perchè la zona d'attacco col primitivo letto del tumore ha subìto considerevoli stiramenti per lo sviluppo del tumore al di fuori della parete uterina: anzi può darsi che il tumore abbandoni del tutto il suo letto, e allora il punto che unisce il tumore così isolato alla parete uterina, cioè il peduncolo, risulta esclusivamente o quasi di mucosa uterina. Abbiamo già visto come poi il peduncolo possa rompersi, e prepararsi così una espulsione del tumore con meccanismo analogo a quello del parto. In altri casi il peduncolo resta provvisto di elementi muscolari o fibrosi: esso si espande nella parete uterina e colle sue estese aderenze può tenere in connessione col polipo una buona parte della parete stessa. Se questi polipi peduncolati vengono espulsi dalle contrazioni uterine, essi traggono con sè ed arrovesciano la corrispondente porzione di parete, e possono alla fine dar luogo ad un rovesciamento completo dell' utero (vedi le fig. 97 e 98).

Al pari della distribuzione degli elementi nei tumori può variare assai anche la sua ricchezza in vasi sanguigni. Di solito se ne trovano di grosso calibro; è raro che la nutrizione del polipo sia fatta da scarsi vasellini. Continuando il tumore a crescere, i vasi possono subire distensioni e stiramenti che vi interrompono la circolazione, danno luogo alla produzione di trombi ed intercettano le fonti di nutrizione del tumore, che cade in mortificazione alla superficie o nel proprio spessore, con focolai di rammollimento e decomposizione del polipo. Se questo processo non agisce in modo deleterio sulla salute generale, può portare alla completa distruzione del polipo.

(1) Hildebrandt, Sammlung klin. Vorträge, 47, 1872.

Meritano speciale considerazione in questi miomi le condizioni della mucosa (1). Già in seguito all'irritazione mantenuta dal neoplasma, quand'esso ha ancora sede nella parete uterina, si vede determinarsi una forte iperplasia in tutto l'endometrio, con intenso sviluppo specialmente dell'apparato ghiandolare. Lo spessore della mucosa aumenta di molto, fino a raggiungere i 2 cent. D'altra parte le ghiandole della mucosa circostante subiscono la degenerazione grassa, oppure si sviluppa una iperplasia nel tessuto interghiandolare, che dà luogo a tumori complessi (2).

È degna di nota la frequenza con cui si incontrano nel cavo uterino dei polipi mucosi più o meno grossi, nei casi di mioma della parete. Se il tumore si sviluppa sotto la mucosa, questa ne viene fortemente distesa ed assottigliata: si spiega così la facilità estrema con cui si lacerano i vasi alla superficie, e la tendenza alle emorragie profuse. Anche le mestruazioni sogliono farsi profuse, prima ancora che il tumore distenda la mucosa, perchè questa essendo ipertrofica contiene dei vasi delicatissimi e perchè il tumore, formando una base rigida, ostacola la retrazione dei vasi e l'occlusione del loro lume.

Ai casi di Schroeder raccolti da Bötticher nella sua dissertazione (Berlino 1884), concernenti la degenerazione maligna della mucosa nei miomi, io posso aggiungerne uno assai dimostrativo da me osservato, i cui dettagli spero di poter presto pubblicare assieme ad altri studii.

I *sintomi* dei fibromiomi del corpo naturalmente variano assai a seconda della sede e del grado di sviluppo del tumore. Possono esistere a lungo senza dare alcun sintomo, in ispecie se hanno piccolo volume e sede intraparietale. Tale stato di relativa indifferenza dura ancora quando il tumore ha preso sviluppo sottosieroso, purchè la distensione del peritoneo sia tanto lenta da non dare fenomeni di irritazione. A seconda della tonicità dei tessuti uterini varia l'influenza che possono avere sulla posizione dell'utero i tumori, anche se piccoli e sottosierosi.

I tumori più grossi danno luogo a tutti i sintomi proprii dei tumori addominali: essi comprimono gli organi vicini, disturbano le funzioni digerenti e l'escrezione dell'urina. Se crescono verso la cavità addominale, determinano i soliti fenomeni di stiramento e di compressione: la pressione sui tronchi nervosi può esser causa di dolori con irradiazioni,

(1) Wyder, Archiv. f. Gynäk. XIII p. 35 e v. Campe, Società di Ostetr. e di Ginecologia di Berlino, Gennaio 1881. — Nel Congresso di Ginecologia del 1886 a Monaco e nell'Archiv. f. Gyn. XXIX, Wyder ha fatto oggetto di gravi obbiezioni una mia conferenza sulla miomotomia tenuta a Magdeburgo nel 1884, nella quale, enumerando le diverse indicazioni della miomotomia, io accennava pure alla possibilità di alterazioni, anche maligne, della mucosa. Ciò che sopra ho detto, poco più di quanto figurava nella 1.ª Ediz., dovrebbe convincere il sig. Wyder che io non riconosco soltanto questa indicazione per la miomotomia, chè anzi l'ho messa per ultimo e come affatto secondaria; perciò non posso accordare grande importanza alle sue obbiezioni.

(2) Schröder, Trattato, p. 228.

quella sui vasi può dare edemi alle estremità e ai genitali esterni. La raccolta ascitica che spesso vi si consocia, in parte è frutto di questa pressione, ma è in parte dovuta anche ad irritazione del peritoneo. Naturalmente possono poi prodursi aderenze cogli organi vicini e fenomeni di incarceramento, quali si hanno per lo sviluppo nel piccolo bacino.

I miomi *sottosierosi* si vedono talvolta farsi più tumidi al tempo della mestruazione, per ridursi di poi: specialmente nei tumori fibrocistici si trova questa oscillazione di volume. Varia assieme anche l'intensità dei sinromi da parte degli organi vicini, ad es. della vescica.

I miomi *interstiziali* spiegano una certa influenza sulla posizione dell'utero, quando sono ancora piccoli, sicchè l'utero si trova retroflesso nei miomi interstiziali della parete anteriore, e viceversa. Se aumentano di volume, necessariamente dovranno farsi strada dall'una o dall'altra parte, verso la sierosa o verso la mucosa; e si avranno allora, o i sintomi di irritazione peritoneale, specialmente dolori, o un quadro caratteristico dell'interessamento della mucosa, non dissimile dal forte aumento di volume negli inizii della gravidanza.

In prima linea vengono le emorragie e l'abbondante secrezione. Le emorragie sono in parte dovute all'irritazione mantenuta dal tumore, ma in parte anche alla circostanza, che i vasi decorrenti nella mucosa distesa al disopra del tumore non possono retrarsi quando è cessata la mestruazione, anche perchè questi vasi sembrano più facilmente lacerabili che non in condizioni normali. Le metrorragie anche nei miomi sottomucosi per lo più mantengono a tutta prima il tipo mestruale: possono però fin dal principio essere addirittura atipiche: e portano le donne a gradi estremi di anemia. L'anemia può essere tanto più minacciosa, quanto più lentamente essa ha raggiunto il suo acme. In questi casi il sangue perde il suo colore caratteristico, i globuli rossi si fanno scarsi, aumentano i bianchi: tutta la massa sanguigna rassomiglia ad una massa siropposa in cui siano sospese delle piccole scaglie. Mi è accaduto più volte di trovare nei globuli bianchi, che prevalgono assai per numero, delle granulazioni, che per la loro disposizione farebbero quasi pensare a microbi specifici.

Appena i miomi sottomucosi hanno raggiunto un certo volume e si atteggiano a polipo, incominciano a stimolare l'opposta parete dell'utero e ad eccitarne le contrazioni. In qualche caso le contrazioni mancano, o sono tanto deboli da passare per semplici dolori sacrali: per lo più raggiungono una straordinaria intensità. Limitate dapprima al tempo della mestruazione, diventano in seguito costanti. Anche indipendentemente da esse la mestruazione nei miomi di solito è dolorosa, perchè la massa dell'utero non può seguire con un regolare aumento di volume la crescente congestione mestruale.

Il sangue talora viene espulso in forma di grossi coaguli, eventual-

mente decomposti prima di giungere all'esterno: altre volte è assai scolorato e tenue. Più tardi le emorragie continuano anche nel periodo intermestruale, e se non sono persistenti, si rinnovano però ad ogni scossa, ad ogni defecazione difficile, ad ogni coabitazione, ad ogni emozione morale. Non sempre, ma abbastanza spesso, negli intervalli fra le emorragie si verifica una profusa secrezione: col crescere dei tumori sottomucosi le secrezioni si fanno commiste a sangue, e vengono infine a risultare quasi solo di sangue schietto.

I *miomi del collo* sono abitualmente associati a gravi affezioni della mucosa. Anche in essi le mestruazioni sono di solito abbondanti: all'infuori dei periodi però non si hanno comunemente emorragie se non dietro congrui stimoli, come pel coito, per irrigazioni vaginali fatte da mano inesperta, per emissione di masse fecali dure.

Le dismenorrea è anche qui la regola. Il tumore può pure crescere ad ogni mestruazione, per ridursi di nuovo subito dopo.

Tutte le forme di fibromiomi costituiscono un ostacolo essenziale al concepimento: meno i sottosierosi, più i sottomucosi. Non escludono però assolutamente e sempre il concepimento. Talvolta con miomi che durano da lungo tempo si vede insorgere una gravidanza tardiva ed inaspettata. La gravidanza può anche andare normalmente a termine: ed allora, dopo un parto per lo più assai difficile, può darsi che l' involuzione puerperale colpisca anche il mioma.

Di regola, se il mioma è intramurale, l'utero non può regolarmente svilupparsi per accogliere il frutto del concepimento, e si ha presto l'aborto. Del resto, questa complicazione dipende appieno dalla sede e dal volume del tumore.

I sintomi dati dai polipi fibrosi restano a volte quasi latenti, fino a che questi tumori rimangono a livello della mucosa circostante. Anche con uno sviluppo abbastanza pronunciato i sintomi si riducono all' aumento di secrezione, alle emorragie, al senso penoso di ripienezza al basso ventre, ed ai premiti. Ma quando i polipi pel loro volume eccitano le contrazioni, i dolori che le accompagnano si fanno assai intensi: il canal cervicale può venir dilatato rapidamente, sicchè questo stadio di solito annuncia la prossima espulsione. Che anche i polipi, se voluminosi, possano, al pari degli altri tumori di questo genere, dar gravi sintomi di compressione, è cosa evidente per sè. Anzi possono, come un utero gravido, determinare forte distendimento della vagina e della vulva, formazioni di varici, e l'utero disteso dal polipo per compressione dar luogo a disturbi da parte della vescica e del retto, con tutte le loro conseguenze. Gli effetti sull'organismo dipendono specialmente nei polipi dalle modificazioni che avvengono in seno al tumore. Se il polipo cade in mortificazione, in gangrena, per difetto di nutrizione, o perchè strozzato dal-

l'orificio interno, si ha allora una secrezione di odore fetido con febbre di assorbimento, in certi casi seguita da morte per piemia.

Il decorso del male varia tanto nei singoli casi, che sarebbe difficile farne un quadro generale in limiti ristretti. Se i tumori si arrestano ad un certo punto nel loro sviluppo, la malattia può decorrere senza lasciar traccie.

La riduzione può seguire o per involuzione senile, climaterica, del mioma, o per degenerazione grassa, come ad es. in puerperio. All'epoca della menopausa si osserva così prima un arresto di sviluppo, poi atrofia e riassorbimento, finchè rimane solo un residuo di consistenza quasi ossea. Anche questo può completamente svanire.

In altri casi è l'evoluzione stessa del tumore che porta in un modo o nell'altro alla sua espulsione.

I tumori sottosierosi possono atrofizzarsi, e ridursi a innocui residui per obliterazione dei loro vasi. I sottomucosi e poliposi possono venir espulsi senza alcun altro inconveniente attraverso alla vagina. Questi sforzi espulsivi della natura si giudicheranno benefici, purchè arrivino dopo un travaglio più o meno lungo all'espulsione del tumore, sia per spontanea rottura del peduncolo, sia perchè questo, messo allo scoperto, sia reso facilmente accessibile all' arte. Però nel decorso del periodo espulsivo può verificarsi più di un inconveniente, emorragia, decomposizione dei secreti, lesioni ai genitali esterni, inversione dell'utero, specialmente se il tumore è inserto al fondo; inconvenienti che solo nei casi di polipi assai voluminosi, o di decomposizione putrida, possono portare con sè un pericolo di vita.

Non è possibile il prevedere quando l'alterata nutrizione del tumore debba causarne l'involuzione e quando l'infiammazione, la suppurazione e l'icorizzazione: basta il tener in mente che suppurazione e gangrena del mioma rappresentano i più pericolosi fra gli esiti di questo neoplasma. Anche dati questi esiti, si può sperare una guarigione per ulcerazione della mucosa ed evacuazione dei prodotti flogistici attraverso al canal cervicale. I fenomeni che accompagnano l'infiammazione del tumore sono di solito assai tumultuarii, e la paziente, già indebolita dalle gravi emorragie e dalle sofferenze pregresse, può venire a soccombere fin dal principio di questa alterazione.

La diagnosi dei fibromiomi non è punto sempre tanto facile come la troviamo quando arriviamo a sentire il tumore sporgente dalla superficie dell'utero, o a raggiungerlo attraverso al canal cervicale, od a sentire coll'esplorazione combinata la massa dell'utero disseminata di nodi miomatosi di varia grossezza. I miomi interstiziali, specialmente se piccoli, sono per lo più difficilissimi da distinguersi. Si riesce a diagnosticarli, se l'utero più grosso del normale presenta qua e là delle ineguaglianze di spessore, che colla sonda si constatano come nodi duri e cir-

coscritti in mezzo alla restante parete dell'utero di consistenza normale. Ingrandendo, i tumori interstiziali alterano spesso essenzialmente la forma dell'utero, sebbene talvolta possano dare al corpo la stessa forma che assume in gravidanza. Se il neoplasma non è molto esteso, se ne esistono parecchi nodi, l'utero contrae una forma irregolare, che lascia sempre il dubbio se, nel caso concreto, si abbia a che fare con un tumore sorto fuori dall'utero e ad esso intimamente aderente, o con un tumore posto nella parete stessa dell' utero. Appunto in questi casi torna di grande vantaggio lo stabilire colla sonda la direzione e ampiezza della cavità uterina. Quasi sempre per la presenza del mioma l'utero viene allungato, per lo più la sua cavità viene deviata lateralmente anche per una distensione modica di un mioma interstiziale, e se con qualche sforzo s'arriva a portare in posto la sonda, si può coll'esplorazione combinata sentire fra la mano esterna e il bottone della sonda, la sede e la forma del neoplasma. È appunto in questi casi che la deviazione del canale uterino assume grande importanza diagnostica.

La diagnosi differenziale fra miomi o fibromi e gravidanza normale poggia di solito sulle modificazioni caratteristiche della gravidanza. Possono però presentarsi anche nei miomi dei segni che ci mettono in grave dubbio, tanto più se l'anamnesi non ci dà punti sicuri di partenza. Tutti i tentativi per constatare la gravidanza in questi casi, portano facilmente con sè il pericolo di una sua interruzione. Non bastano in questi casi la forma, la consistenza, la colorazione del collo, il polso vaginale.

A rendere più ardua la diagnosi concorre non di rado una certa irregolarità nelle mestruazioni. Un giudizio decisivo si può dare solo osservando il modo di aumentare della massa: in casi di indicazione vitale, in ispecie per gravi emorragie, urge arrivare direttamente sul contenuto dell'utero, e poco importa di qual genere esso sia; se l' anemia minaccia la vita bisogna svuotare l'utero, contenga esso un uovo od un tumore.

La diagnosi dei miomi sottosierosi è abbastanza facile nei tumori piccoli. Una certa difficoltà si può incontrare nel discernere fra le varie nodosità quale sia il corpo dell'utero, e quale il mioma: la risposta decisiva spetta alla sonda. La distinzione dagli altri tumori intraperitoneali, dai tumori ovarici, dagli essudati, dagli ematomi è in taluni casi assai difficoltata, quando specialmente per pregresse infiammazioni siansi determinate estese aderenze e siano rimasti dei postumi. La diagnosi differenziale può perfino riuscire impossibile. Per mia esperienza ho grande fiducia, in questi casi, nell'esplorazione fatta nella narcosi, e nel sondaggio, coi quali mezzi si giunge in genere a stabilire la diagnosi.

Se pensiamo che in più d'un caso i rapporti sono tanto imbrogliati che riesce difficile stabilirli anche all' autopsia, ci consoleremo di un eventuale errore diagnostico fatto *intra vitam*.

Dalla puntura ci potremo attendere qualche sussidio solo in caso di tumori fibrocistici: porta però sempre con sè il pericolo della infezione e della emorragia, e non giova sempre a mettere immediatamente in chiaro la diagnosi.

I miomi sottomucosi possono facilmente essere scambiati con una gravidanza, ma più di tutto colla ritenzione di parti d'uovo, o con una semplice metrite parenchimatosa od endometrite. Se non vale l'anamnesi in questi casi a sciogliere il dubbio, non ci resta altro che l'esplorazione diretta, od eventualmente il raschiamento a scopo diagnostico.

La fusione suppurativa di miomi sottomucosi di piccolo volume può assumere in donne vecchie un aspetto speciale: così ultimamente io ho visto a breve distanza di tempo tre donne di 52, 54 e 61 anni, nelle quali dopo più anni di menopausa, trascorsi senza che apparisse una manifesta secrezione dall' utero, eransi ripresentate con scarsi dolori le mestruazioni. Il genere della perdita e il cattivo odore del sangue fluente facevano proprio pensare ad un cancro: l' esame microscopico rivelò trattarsi solo di un nodo miomatoso suppurato. Le tre donne guarirono senza reazione e, pare, completamente.

I miomi cervicali di solito si presentano assai facilmente al dito esploratore attraverso all'orificio uterino od alla vagina; può però tornare molto difficile il limitare attorno a questi tumori l'utero, e lo stabilire i rapporti del tumore col corpo. Però con un po' di pazienza e col sussidio della narcosi si riesce per lo più allo scopo.

I polipi, finchè sono piccoli ed hanno sede nella cavità uterina, possono opporre le più gravi difficoltà alla diagnosi. Spesso si sospettano dei polipi, e si trovano solo delle masse mucose ipertrofiche, mentre là dove gli altri sintomi giustificano la diagnosi di endometrite, si trovano anche delle escrescenze polipose. In questi casi il raschiamento fornisce degli indizii anche sulla proliferazione poliposa, perchè durante l' atto operativo si può col cucchiaio constatare l'esistenza di un corpo protrudente a mo' di polipo nella cavità uterina. Se col dito si sente il polipo, o se colla sonda si gira attorno al peduncolo, non vi può quasi più esser dubbio sulla diagnosi, tanto più se col dito, o colla sonda, o con una torsione mediante pinze uncinate si è constatata la mobilità del tumore. Nei gradi più avanzati di sviluppo di solito i polipi si spingono in vagina, o sono così addossati all'orificio uterino che è impossibile sfuggano ad un minuto e cauto esame. Resterà solo in dubbio se si tratti di un polipo semplicemente mucoso, o se contenga un nodo miomatoso o fibroso più o meno sviluppato.

Quando il polipo si mortifica alla sua estremità, o cade completamente in gangrena per processo trombotico originante dai punti strozzati dall'orificio uterino, si ha la possibilità di uno scambio con una degenerazione maligna, sulla quale può decidere appena il microscopio.

Fu dato il consiglio, quando si sospetti un polipo, di fare l' esame durante la mestruazione, perchè nel tempo della congestione mestruale i polipi vengono spesso spinti in basso ed all'esterno. Questo modo di dimostrare l'esistenza di un polipo a me è riuscito una volta sola, prescindendo da quei casi in cui l'esame e la constatazione del polipo furono fatti nel corso di un'emorragia continua. Nei polipi più voluminosi, specialmente se derivano da miomi sottomucosi, occorre stabilire con cautela e precisione se ed in quanto la parete, e specialmente il fondo dell'utero, siano stati invertiti e tratti in basso dal tumore. La differenziazione fra i varj gradi di sviluppo dei polipi e l'inversione dell'utero secondo gli autori dovrebbe essere affidata specialmente alla sonda. Io credo però che la sonda esponga facilmente i meno pratici ad errore, come ne feci più volte l'esperienza. In questi casi ritengo meglio cercare nella narcosi e colla esplorazione combinata il corpo dell'utero ed eventualmente l'imbuto da inversione, sia dal lato delle pareti addominali, sia dal lato del retto.

Volendo stabilire una prognosi dei miomi, non si può certo stabilire che essi importino per lo più un diretto pericolo di vita. Parmi però niente affatto giusto anche quello che altri autori asseriscono, che i miomi cioè siano tumori di natura assolutamente benigna, nel senso che non possano mai essere causa di morte: perchè i miomi, qualunque sia la loro sede, qualunque lo sviluppo raggiunto, sono spesso, se non sempre, causa di notevoli disturbi, e, prima di tutto, di pericolose emorragie. Se queste emorragie continuano, e se, come più volte mi occorse di vedere, danno luogo a gradi pericolosi di anemia, non è necessario ricorrere a quei casi, di cui pure ho visto degli esempj, di morte per dissanguamento, per giudicare affatto illusoria, sotto questo punto di vista, la benignità dei miomi. Ma assai più che per le continue emorragie e conseguente anemia, queste donne vanno spesso a soccombere perchè il loro organismo depauperato non è più in grado di resistere agli agenti nocivi della vita comune: il loro apparato circolatorio diviene insufficiente: lo dimostrò or non è molto E. Rose (1) in una lunga serie di osservazioni e lo vidi io pure in parecchi casi, cosicchè le pazienti sono disposte alla formazione di trombi e di emboli. La nutrizione viene profondamente alterata; una lieve affezione della mucosa dei bronchi o dell'intestino assume in queste malate un carattere inquietante e può portarle alla morte. Non occorre poi che qui torni a ripetere quanto ho detto sulle non frequenti alterazioni dei miomi e sulle loro degenerazioni maligne. Frattanto è sempre giusta la questione se la nostra prognosi debba tener conto solo del coefficiente più o meno elevato di mortalità, o non piuttosto anche del grado di vitalità della paziente, della sua capacità

(1) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie XIX Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. XI p. 136.

al lavoro, della possibilità per essa di tirare in lungo in modo tollerabile: ora da questi punti di vista la prognosi dei miomi, non intervenendo in alcun modo, è certamente infausta.

Se i sintomi sono gravi, o per l'anemia, o per la secrezione, o pei fenomeni di compressione, l'intervento è pienamente giustificato. Questo intervento naturalmente varierà a seconda della gravità del male occasionato dal tumore, e dovrà essere opportunamente proporzionato. E sotto un certo punto di vista si può mettere assai più buona la prognosi dei miomi, inquantochè, colla tecnica sempre più perfezionata, divenne relativamente sicura l'operazione.

Naturalmente si penserà a curare il mioma solo quando dia luogo a sintomi, tenendo conto se questi sintomi influiscano sul modo di vivere della paziente, sulla sua attitudine alle occupazioni, e sui suoi doveri coniugali. Il risultato della cura è sicuro appena quando il suo scopo sia la completa ablazione del tumore. Siccome però la cura radicale anche oggidì presenta varie difficoltà ad essa si dovrà ricorrere solo in una determinata serie di casi, mentre il più delle volte è giusto e doveroso fare un tentativo per arrestare il tumore nel suo sviluppo o per provocarne l'involuzione. In quest'ultima direzione si annoverano tutti i diversi tentativi colla somministrazione di arsenico, fosforo, ioduro potassico, cure mercuriali e sottrattivi ed altri mezzi simili, che non avrebbero però l' efficacia delle cure continuate a lungo colle acque minerali iodiche di Kreuznach, di Tolz, di Hall, di Salzbrunn, di cui parlano tanto bene i medici idrologi. Però da queste cure balneari nella mia pratica finora non ho ottenuto che rari e limitati successi.

Miglior fiducia veniva riposta nelle iniezioni di ergotina, raccomandate da Hildebrandt nel 1872 (1). Per l'ergotina dovrebbero mettersi in contrazione i vasi dell'utero, e per la conseguente anemia e deficiente nutrizione dovrebbe venire in scena la degenerazione grassa ed il riassorbimento della massa del tumore. Con tali iniezioni non solo Hildebrandt, ma un gran numero di autori ottennero innegabili risultati, sicchè non si può elevar dubbio sulla possibilità di determinare in questo modo la riduzione dei miomi. Siccome però a questi successi si può mettere di fronte una serie non indifferente di insuccessi, è forza ammettere che l'effetto utile si possa raggiungere solo in una determinata forma di miomi. Probabilmente sono i tumori ricchi di vasi, e di poco volume, quelli che meglio si avvantaggiano dell'uso continuato dell'ergotina. Per mio conto su 70 miomi curati coll'ergotina, sia da me, sia in precedenza da altri, non ebbi la fortuna di avere di questi risultati felici (2). Non

---

(1) Berliner Klin. Wochenscrift N. 25. — Vedi Schröder, Trattato VII Ed. p. 246. — Delore (Gaz. hebdomad. 1877 N. 16) e Schücking consigliavano di fare le iniezioni di ergotina in grembo al tumore.

(2) Vedi Jäger, Dissert. inaug. Berlino 1876.

voglio per questo ripudiare il tentativo di combattere i miomi colle iniezioni di ergotina, tanto più conoscendo io dei casi, nei quali, se mancò a guarigione radicale, si ottenne però una sospensione, sia pur temporanea, delle emorragie. Questo è già un guadagno nei casi in cui il tumore è ancor piccolo, oppure le emorragie sono abbondanti, sebbene non in grado da compromettere l'attività della paziente: perciò io raccomando queste iniezioni quando il tumore è agli inizii del suo sviluppo, ha una consistenza molliccia, e non cagiona ancora che moderate sofferenze. Se un centinaio di iniezioni non giunsero a sospendere lo sviluppo del tumore, e i disturbi crebbero invece di scemare, io riterrei opportuno troncare l'uso dell'ergotina, e proporre come unica cura efficace l'operazione.

Per le iniezioni di ergotina è importante far uso di un buon preparato. La soluzione del Bonjean, per quanto io ne so, è causa di vivi dolori, facilmente si altera, e con gran frequenza dà luogo ad ascessi.

Più di tutti gli altri preparati consimili io trovai convenienti l'*Ergotinum bis depuratum* (1), e la soluzione del Bombelon. Quest'ultimo preparato non dà quasi mai luogo ad inconvenienti, ed io lo uso di preferenza, sebbene la sua composizione sia tenuta segreta dal preparatore.

L'*ergotinum bis depuratum* si adopera nella dose di gr. 0, 10 in una soluzione al 10 per cento. Le iniezioni si fanno in una zona dell'addome tutt'attorno al bellico.

La paziente resta in riposo per una mezz' ora dopo l' iniezione: il punto ove questa fu fatta vien ricoperto con una compressa inzuppata d'acqua fredda, e si sorveglia il riassorbimento del materiale iniettato, e l'eventuale reazione. Talvolta vengono in scena delle evidenti contrazioni uterine: altre volte prevalgono i dolori nel punto dell'iniezione.

Accade spesso che si diagnostichi la presenza di un mioma, prima che esso abbia dato luogo a sintomi serii. Si tratta allora, finchè non si possa o non si voglia fare un tentativo coll' ergotina, di combattere almeno i sintomi, e prima di tutto le emorragie. Queste si avverano quasi necessariamente solo nei tumori sottomucosi, assai più raramente negli interstiziali; ed abitualmente in tutte le varietà dei miomi cervicali. In questi casi falliscono per lo più i soliti mezzi emostatici (2) e non hanno effetto durevole nè il riposo assoluto, nè le applicazioni fredde, nè le comuni irrigazioni emostatiche vaginali. Non resta che portare le soluzioni emostatiche sul punto stesso sanguinante, cioè sulla mucosa che riveste il tumore.

Fra i liquidi da usarsi stanno in prima linea il percloruro di ferro e la tintura di iodio: queste irrigazioni si possono fare anche con acido

---

(1) Wernich, Berl. Klin. Wochenschrift 1874 N. 13.

(2) Sull'efficacia dell'estratto fluido di Hydrastis canadensis non si hanno ancora osservazioni sufficienti: l'effetto non ne sembra cattivo (4 volte al giorno, 15 goccie per volta).

acetico pirolegnoso puro. Il grado di permeabilità del canale cervicale ci dirà se dobbiamo o no farne la dilatazione prima della iniezione. È sempre necessario che sia facilmente accessibile la cavità uterina, affinchè non restino dei coaguli di sangue a decomporsi dietro il punto stenosato, e agendo come un corpo straniero, vi determinino delle contrazioni, d'onde una emorragia e nuovi dolori.

La dilatazione si farà o cogli appositi strumenti, o con sonde ed altri apparati smussati. Il liquido in eccesso si rimuove con un irrigatore, a tubo lungo e sottile.

In casi di emorragie ostinate ribelli a questa terapia, si consigliò di cauterizzare la mucosa col ferro rovente o col cauterio di porcellana, od anche col Paquelin. Non ho fatto in proposito esperimenti estesi, perchè i risultati erano troppo poco soddisfacenti; ho però usato di un altro mezzo, già da tempo raccomandato per simili casi, cioè l' incisione della mucosa al disopra del mioma (1). Se si ammette che la mucosa tesa al disopra del mioma, oltre ad essere per lo più infiammata, è stirata in tutte le direzioni, sicchè i vasi in essa decorrenti non possono retrarsi, si capisce come l' allentamento di questa tensione possa essere un mezzo per frenare le emorragie, permettendo ai vasi di retrarsi. Qualche volta mi riuscì con questo metodo, di trionfare delle emorragie. Anzi l'incisione può essere il primo passo verso la guarigione spontanea, che può avverarsi nello stesso modo con cui altre volte si compie nell'ulteriore sviluppo del tumore. Infatti di solito dopo questa incisione si manifestano delle contrazioni uterine, che cacciano il mioma attraverso alla bottoniera praticata nella mucosa: e per questa via può venire espulso, grazie al suo ulteriore sviluppo e a queste contrazioni. Sarebbe però molto ardito il voler far conto su questo modo di espulsione, e in casi urgenti limitarsi a tale semplice incisione. Un' altra proposta per frenare l'emorragia è quella di raschiare la mucosa con cucchiai taglienti o smussi. Anche questo procedimento talvolta porta un momentaneo miglioramento, e si può raccomandarlo come risorsa del momento contro una minacciosa emorragia.

In quest'ultimi tempi è sorta tutta una letteratura sui risultati della cura elettrolitica dei tumori (2). Io non potrei portare osservazioni mie proprie in appoggio di questo metodo nella cura dei miomi, ma assieme a Rabenau, durante il suo assistentato nel mio Istituto, ho fatto molti tentativi di elettrolisi nei carcinomi. La assoluta loro inefficacia mi dissuase dall'insistervi.

(1) Amussat, Mémoires s. l'anatomie des tum. fibr. 1842. — Atlee, Amer. Journal of med. sciences, Aprile 1845, Ottobre 1856. — Spiegelberg, Arch. f. Gyn. V. — Gusserow, Monatschr. f. Geburtsk. XXII p. 83, e Neubildungen des Uterus 78, 86.

(2) Apostoli, Acad. d. sciences. Parigi 1884. XCIX, 177. — Congresso internaz. di Copenaghen. — Zweifel, Centralbl. f. Gyn. 1884, N. 50. — Bayer, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. XI, p. 132, etc. Sui risultati più recenti e poco favorevoli avuti dall'A. nell'elettroterapia dei miomi vedasi A. Martin, Ueber Myomoperationen, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn, XX.

Se gli accennati metodi, ripetuti al ripresentarsi di ogni nuova emorragia di qualche momento, raggiungono lo scopo, se i disturbi ne sono scemati o tolti, se il tumore non dà sintomi notevoli di compressione, o se le condizioni generali offrono una assoluta controindicazione ad ogni ulteriore tentativo di cura radicale, si riterrà pienamente giustificato il contegno aspettante. Questo tanto più, se la paziente ha una certa età, ed è perciò imminente l'età critica.

D'altra parte però sono tanto comuni i casi di progresso del male dovuto alle modificazioni che si ordiscono nel tumore, tanto facili ad osservarsi le perniciose conseguenze immediate dell'aumento di volume e della persistenza delle emorragie, l'influenza perturbatrice sul cuore, sui sistemi digerenti e nervoso, ed anche i casi di degenerazione maligna dei miomi, che è giocoforza pensare fino a che punto sia autorizzata la cura aspettante. In ogni modo i miomi non appartengono generalmente ai tumori benigni. Matthews Duncan colla sua asserzione al Congresso Internazionale di Londra 1881, che nessuno muore per un fibromioma, è andato molto al di là di quanto sia permesso concludere per esperienza di altri. Quanta più numerose si fanno le osservazioni raccolte, tanto più dubbia diventa la prognosi di questi tumori. D' altronde col graduale perfezionamento della tecnica operativa, promette sempre migliori risultati l' esportazione del tumore: va perdendo il carattere di una operazione ad esito prevalentemente letale, e si è perciò meglio giustificati a metterla presto in attuazione.

Le gravi difficoltà che si incontrano talvolta nell'ablazione dei miomi e i poco favorevoli risultati operativi d'un tempo fecero nascere l' idea di ottenere con uno spediente, ciò che talvolta si vede avvenire alla menopausa, l' involuzione del tumore. Partendo da questo punto di vista Hegar pel primo cercò di provocare una precoce menopausa coll'estirpazione delle ovaie, anche se non ammalate, e propose la castrazione della donna basandosi su considerazioni teoriche e su numerosi sperimenti (1). In seguito a questa proposta, ed a quella analoga di Battey, si fecero un gran numero di castrazioni, e, se si deve credere ai risultati, che spesso si pubblicarono con soverchia furia, l'esito fu in massima buono.

Io finora ho ricorso 7 volte alla castrazione per questa indicazione, in casi nei quali era falilta ogni altra terapia. Nel primo caso cessarono subito le mestruazioni, e dapprima si ebbe una riduzione del tumore: essa ebbe però delle intercorrenti tumefazioni, che andarono sempre scemando sotto l'uso di acque amare, tanto che la signora, oramai operata da 7 anni, già da circa 3 anni si dichiara guarita. Nella seconda paziente cessarono a tutta prima i mestrui, e si ebbe nel mioma una evidente riduzione: anche

(1) Vedi per la letteratura e la storia in Hegar e Kaltenbach 3.ª Ed. Vedi pure l' articolo di A. Martin nella Enciclopedia di Eulenburg 2.ª Ed., e il capitolo alla fine di questo libro.

essa è ora nel 7.° anno dell'operazione, e presenta a lunghissimi intervalli (5-7 mesi) delle abbondanti emorragie, parte dal retto, dalla vescica, o dallo stomaco, ma nessuna mestruazione: altri disturbi, che non hanno nulla a che fare col tumore, la obbligano ancora ad una cura medica. In tre altri casi i mestrui si ripresentarono ancora da una a tre volte, ma i tumori si ridussero, e le pazienti, superati i fenomeni bruschi dell'anticipata menopausa, quali il senso di vampe, la cefalea, il cardiopalmo, gli edemi alle gambe ed al viso e così via, godono ora di un risultato soddisfacente. La penultima di queste operate la rividi dopo un anno, con tumore spiccatamente scemato, e in stato di generale benessere. Quanto alle due ultime non si può ancora giudicare sul risultato definitivo. Così la mia esperienza parla in favore della castrazione nei miomi. Ma credo però ancora troppo scarso il numero di questi casi, per poterne trarre conclusioni attendibili, e tanto più volontieri me ne astengo, perchè in castrazioni fatte per altre indicazioni non ho visto venire in scena l'attesa involuzione dell'utero: in questi casi ho dovuto alla fine decidermi ancora all'estirpazione dell'utero per frenare le emorragie profuse e minacciose. Io raccomanderei perciò la castrazione come un'operazione di solito non difficile, nei casi nei quali non riuscisse l'ablazione del tumore. Metodo più radicale e più efficace ritengo sempre l'ablazione, nella quale naturalmente vanno comprese anche le ovaie, perchè il lasciarle in posto non porterebbe alcun giovamento, ma esporrebbe a più di un pericolo, quali quelli delle emorragie e delle degenerazioni.

Cura operativa dei miomi.

Il procedimento operativo può variare assai a seconda della sede e del volume dei tumori.

1.° Nei miomi cervicali (purchè non abbiano eccessivo volume, o non si siano portati con sviluppo sottosieroso verso il pavimento pelvico) e nei miomi del corpo atteggiati a polipo, o cresciuti appena al disotto della mucosa, se hanno portato un certo grado di dilatazione dell'orificio uterino, e non sono troppo grandi, si darà la preferenza all'ablazione per la via della vagina.

2.° Se il tumore ha sede sottosierosa od interstiziale, oppure è tanto voluminoso che il suo passaggio attraverso alla vagina importerebbe una violenta distensione od una lacerazione di questa, insomma un trauma rilevante, perciò nel maggior numero dei miomi del corpo, io ritengo migliore e più sicura l'operazione facendosi strada colla laparotomia.

1.° Operando per la vagina, si ricorre naturalmente ad un tecnicismo diverso, a seconda del segmento di canale genitale occupato dal tumore. Se questo è già disceso in vagina, basta spesso una energica

trazione per torcere o strappare il peduncolo, che spesso è assai sottile, e render così libero il tumore. In altri casi non è tanto facile di scindere le connessioni del peduncolo, e l'esportazione del tumore ne viene essenzialmente difficoltata. Si possono incontrare delle seriissime difficoltà nel sorpassare il tumore per giungere al peduncolo e reciderlo.

Per questi casi è sempre uno strumento assai comodo l'ècraseur: altri preferiscono l'ansa galvanica. In ogni modo è sempre della massima importanza l'informarsi esattamente dei rapporti fra tumore e parete uterina, prima di procedere all'operazione. In ciò si incontrano più volte gravi ostacoli ed a stento si può acquistare un chiaro concetto: e non di rado si è costretti a ricorrere alla narcosi, ad afferrare il tumore con uncini per trarlo in basso, o ad introdurre più dita in vagina o nel retto, ecc. Si incorrerebbe altrimenti nel pericolo di recidere assieme al peduncolo anche il corpo dell'utero arrovesciato o qualche altro organo, e di avere poi una emorragia, della quale solo a fatica si riesce a rendersi padroni, dopo aver laboriosamente e lentamente tratto in basso il tumore.

Quanto maggiore è il volume di questo, tanto più ardua ne è la estrazione. Più d'una volta si ricorre allora al forcipe, o si afferra il tumore con un cefalotribo. Forse sarebbe meglio di impiccolire questi tumori, escidendone dalla vagina dei pezzi più grossi che riesca possibile: il pericolo di una emorragia grave non è tanto grande, stando alla mia esperienza; e si ha il vantaggio di evitare estese lesioni alla vagina ed alla vulva.

Non voglio del resto tacere che dopo queste laboriose estrazioni di polipi o di tumori, i risultati quanto alla guarigione non sono così sicuri come si potrebbe credere. Sia per mia esperienza, che per averlo visto da altri, mi consta che queste donne, sempre assai anemiche, cadono assai facilmente in collasso, e, in parte per l'influenza delle estese ferite alla vagina ed all'utero, restano vittime di un processo settico.

Se il peduncolo è accessibile, io sono solito ad allacciarlo in alto al disopra del tumore, sia trafiggendolo, sia legandolo addirittura in massa. Naturalmente la trasfissione è un metodo assai più sicuro, perchè, tolto il tumore, il peduncolo si retrae con estrema facilità, ed una semplice legatura in massa difficilmente terrebbe la presa. Ho dovuto anche afferrare il moncone del peduncolo, fissarlo con una pinza uncinata, ed esportato il tumore, provvedere comodamente alla sua trasfissione o ad una emostasi sicura.

Se il tumore, accessibile dalla vagina, è ancora rivestito da uno strato più o meno spesso di mucosa, o da una capsula ancor più spessa, bisogna prima procedere all'incisione di questi strati. Ciò offre poche difficoltà quando il tumore ha sede nel collo, ma a sede più alta si possono trovare gravi ostacoli. La bottoniera praticata nella mucosa per solito

si fa subito beante, e si può allora insinuare il dito fra il tumore e la sua capsula, dividere le lasse connessioni, e, se la spaccatura è abbastanza ampia, si può estrarre attraverso ad essa il tumore così isolato, o solidamente afferrato con pinze.

Rimane allora il voluminoso involucro del tumore, che però si riduce abbastanza presto. Una simile enucleazione (1) di miomi intraparietali non offre poi straordinarie difficoltà, purchè il tumore non abbia sede molto in alto. Le difficoltà cominciano quando il tumore risiede ancora nel corpo stesso dell' utero. In questi casi io raccomando di non tentare l'enucleazione dal basso, se prima non insorsero contrazioni che abbiano preparato l' isolamento del tumore dalle sue connessioni, e abbiano cacciato il tumore stesso contro l' orificio interno. Potrei anzi spingermi più in là, e raccomandare che si riservi questo modo di enucleazione ai casi in cui le contrazioni, cacciando avanti il tumore, abbiano già determinato la dilatazione del canal cervicale, ed a compire il travaglio espulsivo, che fino ad un certo grado si è avverato spontaneamente, non manchi che l'incisione della mucosa e lo snucleamento. Per caso ai primi tempi della mia pratica ginecologica operativa ho avuto opportunità di operare varj di questi tumori, e sono venuto alla conclusione che tale via merita la preferenza sulla laparotomia e sulle altre operazioni progettate, soltanto quando il tumore fu già molto abbassato da forti contrazioni uterine ed è comodamente accessibile dalla vagina.

L'enucleazione di uno di questi tumori che sia ficcato profondamente nell' utero è impresa di immane fatica, e richiede una lunga durata e una gran forza da parte dell'operatore. Vi si aggiunga il pericolo che è inerente ai processi di snucleamento nelle parti profonde, non potendosi che incompletamente valutare se il rivestimento sieroso dell' utero sia abbastanza resistente per non lacerarsi, se, in altri termini, si sia al coperto da una rottura d'utero. In due di questi casi della mia pratica il trauma fu fatale alla paziente: le due donne però erano già in condizioni disperate per anemia, quando si sottoposero alla cura. 27 volte ho enucleato dei voluminosi miomi del corpo dopo averne spaccata la capsula. Dei primi cinque ho dato notizia nel 1874 al Congresso di Breslavia. Sulle 27 ne morirono 5; due per ferita del peritoneo; due per processi settici, prima dell'introduzione dell' antisepsi; ed una morì per collasso. Una volta ho enucleato il tumore dal corpo subito dopo il parto.

Ho abbandonato questo modo di enucleazione vaginale per tutti i casi in cui si tratta di tumori del corpo molto voluminosi, anche se già è iniziato il processo espulsivo. Un esempio di questi casi l'ho fatto pubbli-

(1) Amussat, Revue méd. Août 1840. — Hegar, Virchow's Archiv. 1863. — Maennel, Prager Vierteljahrschrift 1874, II, 24. — Frankenhäuser, Correspondenzbl. schweiz. Aerzte 1874. — A. Martin, Congresso di Breslavia 1874, e Zeitschr. f. Geb. u Frauenkr. 1876. — Jakubasch, Charité Annalen 1881. — Lomer, Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. IX, p. 277.

care dal Dr. Nagel nel *Centralblatt für Gyn.* del Luglio 1886 N. 31. Il tumore assai grosso fu esportato mediante laparotomia e incisione della parte alta dell'utero: regolarizzati gli avanzi della capsula, fu suturata la ferita uterina. La guarigione e la riduzione dell'utero si compirono in modo più che soddisfacente (1).

In seguito allo snucleamento non ho mai osservato nei miei casi una emorragia veramente seria. I voluminosi residui della capsula si riducono, il rivestimento mucoso del tumore si involve, o, caduto in gangrena, viene eliminato. Nelle enucleazioni praticate sul collo ho anche procurato di resecare il soprappiù della capsula, in modo che, suturando il resto, si evitasse ogni formazione di sacca in seno alla ferita. Del resto, tutte queste operazioni si faranno sotto una irrigazione permanente; al bisogno si disinfetterà ancora energicamente la cavità con una soluzione concentrata, od anche si porrà un drenaggio per meglio garantire il risultato.

2.° *La miomotomia.* Dopo lunghi tentativi con vario esito per asportare i miomi da parte della cavità addominale, Péan (2) pel primo ha dato un saldo fondamento all'operazione coll'asportazione graduale di parti isolate del tumore: essa riusciva così poco cruenta, e diede fin da principio dei risultati passabili. Si doveva però trattare il peduncolo col metodo estraperitoneale, e il procedimento in sè non offriva ancora una sufficiente facilità di esecuzione. Un processo tipico fu pel primo ideato da Schröder (3), che protetto da una razionale antisepsi, e giovandosi della costrizione elastica, usata e raccomandata la prima volta da me nelle operazioni di miomi (4), compì col miglior esito l'estirpazione dei tumori ed ideò un ottimo modo di trattamento del peduncolo: anzi col trattamento intraperitoneale elevò l'operazione dei miomi quasi al livello dell'ovariotomia, sebbene i risultati delle due operazioni non si siano ancora pareggiati. In parte ne hanno colpa le gravi condizioni in cui versa l'organismo per le emorragie, in parte la natura stessa dell'operazione, che viene a colpire un organo così ricco di vasi, e la difficoltà di guarantirsi assolutamente dai germi settici nei casi di comunicazione colla vagina. In ogni modo la sutura del peduncolo e il trattamento intraperitoneale devono formare il punto di partenza ad ogni ulteriore progresso dell'operazione. Hegar e Kaltenbach, anche nell'ultima edizione del loro trattato, si fanno ancora paladini del trattamento estraperitoneale; ma essi pure

(1) Vedi anche Hager, Centralbl. f. Gyn. 1886 N. 40.
(2) Péan et Urdy, Hystérotomie, Paris 1873.
(3) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. VIII, p. 141, e X, p. 156.
(4) Congresso di Cassel, 1878. La prima operazione di questo genere decorse in modo quasi affatto incruento. La donna soccombette per sepsi: all'autopsia si trovò il peduncolo in via di regolare cicatrizzazione. — Schröder dà a Kleeberg il merito della costrizione elastica. Veramente Kleeberg non ha fatto che passare dei fili di gomma al posto dei fili metallici di Péan, mentre sono io che ho introdotto l'allacciatura con un tubo alla Esmarch.

ammettono che il metodo intraperitoneale in sè è migliore, appunto come l'operazione di Olshausen (1) coll'affondamento del laccio elastico è inferiore al processo usato da Schröder e da me.

L'operazione dei miomi, previa laparotomia, si fa press'a poco come una ovariotomia fino al momento di arrivare sul tumore, con tutte le note cautele antisettiche. Se il tumore voluminoso ha spostato in alto le anse intestinali, si può portarlo fuori della cavità addominale senza che l'intestino fuoriesca: se le anse si cacciano nella ferita ed ingombrano il campo operatorio, si sposteranno in alto sulla parte superiore della parete addominale, avvolgendole in una fine pezzuola umida e riscaldata. Si osserverà poi come si comporta il tumore, se cioè:

a) ha sviluppo sottosieroso ed aderisce all'utero per un peduncolo;

b) se interessa la parete uterina costituendo con essa un grosso tumore, sicchè sia necessario esportare anche il corpo dell'utero;

c) se il tumore innicchiato nella parete uterina si può snucleare dal suo letto e rimuovere, rispettando il corpo dell'utero;

d) se infine il tumore sviluppandosi si è portato sotto il peritoneo del bacino e, sollevando il foglietto parietale del peritoneo, si è diffuso in questa direzione.

a) Pei casi di tumori a semplice sviluppo sottosieroso e peduncolati l'operazione è abbastanza semplice e poco pericolosa. Tirato il tumore al di fuori dell'addome, e reso accessibile il peduncolo, lo si trafigge con un filo montato su robusto ago, per esportare poi il tumore dopo una legatura superficiale, riservandosi di provvedere poi comodamente al definitivo trattamento del peduncolo; oppure si escide il peduncolo con un'incisione a cuneo, dopo aver posto delle allacciature provvisorie nelle sue vicinanze sul corpo dell'utero. La superficie di sezione si rinchiude poi esattamente con punti di sutura. In quest'ultimo metodo si passeranno prima dei punti profondi sotto a tutta la superficie di sezione, per portare le labbra della ferita a mutuo contatto, poi si frapporranno ai punti profondi altri superficiali, per assicurare l'esatto combaciamento del peritoneo. Resta così compiuta l'operazione: la toilette del peritoneo, la riposizione delle anse intestinali e la chiusura della ferita si faranno colle solite regole usate nelle ovariotomie. Occorrendo, si può anche circondare il corpo dell'utero con un tubo di gomma per ottenere una emostasi provvisoria, finchè sia terminata la sutura della base d'impianto del tumore.

Di simili miomi del corpo a sviluppo sottosieroso ne ho finora operati venti. Delle operate 15 sono guarite, delle quali 13 in serie continua. Delle 5 morte due erano gravide, e soccombettero a collasso in seguito all'aborto avvenuto al 5.° ed al 7.° giorno dell'operazione: una aveva

(1) Deutsche Zeitsch. f. Chirurgie 1881 p. 171.

una pielonefrite tubercolare suppurata bilaterale: due altre morirono per setticemia (in un tempo in cui l'antisepsi si applicava nel mio Istituto in un modo ancora incompleto: l'ultima nel Marzo 1881): una morì di collasso in conseguenza della preesistente anemia. Delle 20 ve ne erano 4 gravide: due abortirono e morirono, una abortì e guarì, la quarta con-

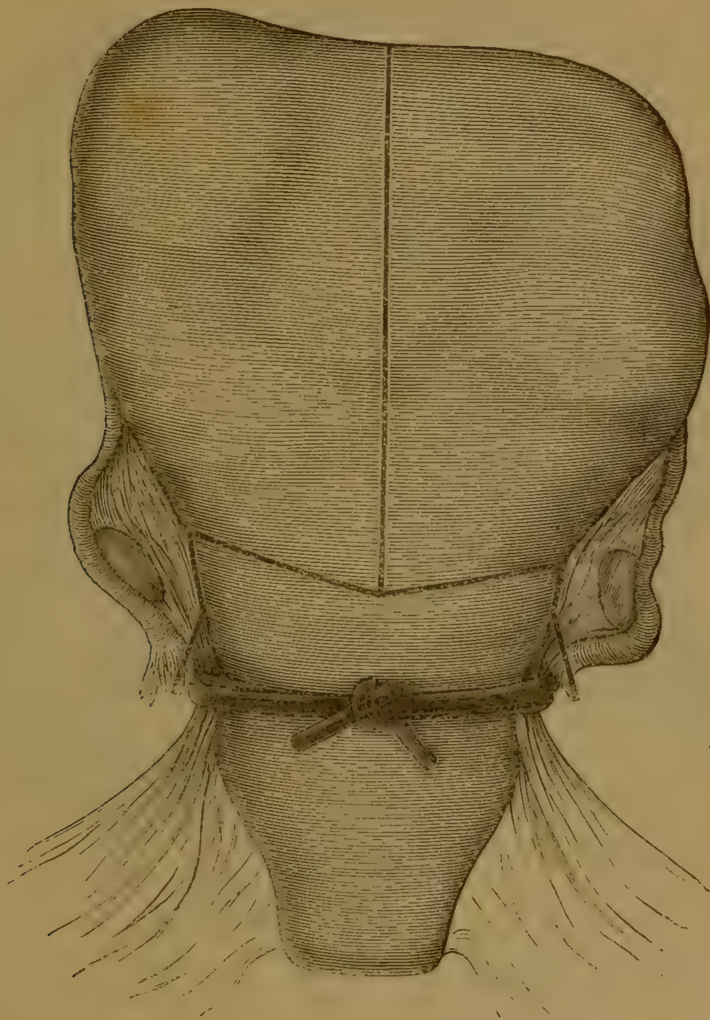


Fig. 126. — Amputazione sopravaginale dell'utero. Il laccio costrittore cade sui legamenti infundibulo-pelvici.

dusse a termine la gravidanza (Vedi anche Langner, Berl. klinische Wochenschrift, Luglio 1886, N. 29).

b) Se il tumore ha sede nel corpo dell'utero, è irregolare di forma e non può essere isolato dal corpo stesso, bisogna fare *l' amputazione sopravaginale dell' utero*. Pèan serrava fra quattro anse metalliche il primo pezzo di tumore su cui poteva far presa, lo esportava, tirando sulle anse si faceva strada verso un altro segmento del tumore, ed arrivava così gradatamente fino alla radice del collo: questo veniva fissato alla ferita addominale.

Assai più semplice del metodo di Pèan coi serranodi, è l'uso di un tubo di Esmarch, che io pel primo ho usato nel 1878. In questa specie di miomi è il collo che fa da peduncolo: i legamenti larghi non oppongono alcun ostacolo alla posizione in opera del tubo elastico (fig. 126).

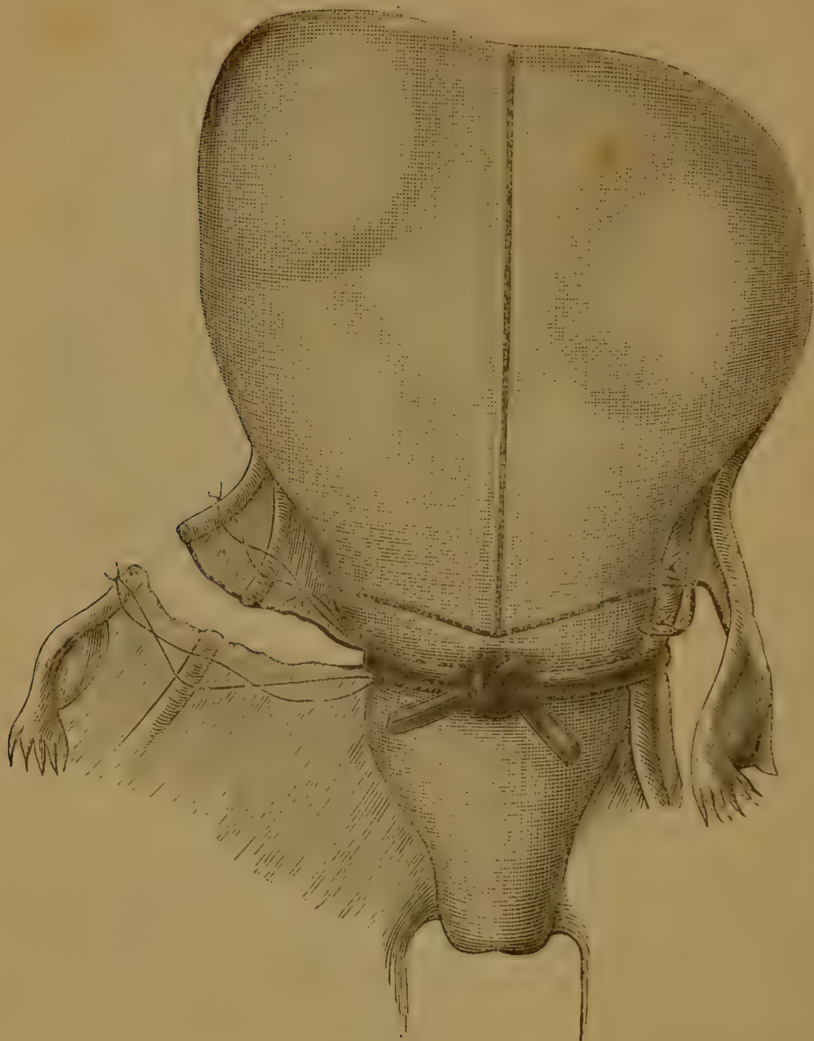


Fig. 127. — Amputazione sopravaginale dell'utero. A sinistra il laccio è posto sopra i legamento infundibulo-pelvico: tuba ed ovaio isolati previa allacciatura: a destra il legamento largo tagliato fra due allacciature: prima di mettere il laccio elastico.

Io faccio uso anche oggi di un semplice tubo di gomma dello spessore del dito mignolo, e lo stringo con forte trazione, per poi annodarlo, perchè le pinze in uso per fermare il cingolo elastico mi sembrano offrire il pericolo di intaccare la gomma. Se i legamenti larghi sembrano troppo tesi per prestarsi a questa allacciatura, si potrà allacciarli separatamente d'ambo i lati, ed inciderli fra due legature fino a ridosso del

collo, prima di applicare il laccio elastico. La fig. 127 dimostra al lato destro questo modo di procedere: a sinistra il laccio passa sul legamento.

Stretto così fortemente il collo dell'utero, — e poco importa se anche un pezzo di vescica è compreso nel laccio, — passo a spaccare il tumore dall' alto sulla linea mediana fino a poca distanza dal tubo di gomma; l'emorragia è minima: si può dire che esce appena quel tanto di sangue che esiste nel tumore. Nella esangue superficie di sezione appare, a seconda della sede del tumore, il cavo uterino che vien subito disinfettato con una soluzione concentrata di sublimato corrosivo. Se l'infiltrazione di nodi miomatosi nel parenchima uterino è così diffusa, che un semplice snucleamento dei singoli nodi non dia speranze di conservare il corpo dell' utero, io procedo all'amputazione sopravaginale.

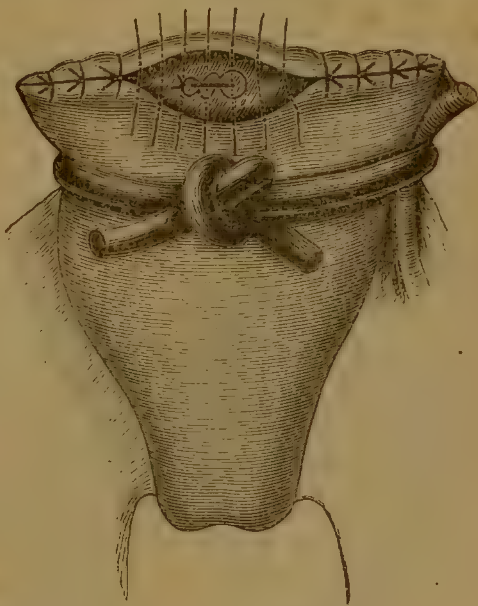


Fig. 128. — Sutura del moncone dopo l'amputazione sopravaginale. *a*. sutura del canal cervicale.

Nell'amputazione sopravaginale dell'utero comincio coll'asportare una metà del tumore, di solito la sinistra. A questo atto premetto una diligentissima allacciatura della tuba e del legamento largo dello stesso lato: questa cautela è imposta dall'osservazione che tali appendici del legamento largo hanno grande tendenza a sfuggire dal tubo di gomma. Solo dopo aver presa questa cautela, passo ad escidere la corrispondente metà della massa uterina, incidendo il peritoneo trasversalmente circa a tre dita al disopra del cingolo costrittore. Ma nel parenchima uterino l'incisione deve procedere a foggia di un cuneo, il cui apice viene appena a trovarsi a 1 cent. al disopra del cingolo.

Se si viene ad aprire il canal cervicale o la cavità uterina, vi si pratica dapprima una energica disinfezione con una soluzione concentrata di sublimato (1: 100), poi si escide quel tanto che si può di mucosa, e si chiude la cavità isolatamente con una sutura da calzolaio, i cui capi terminali tagliati assai brevi vengono abbandonati nel fondo dell'imbuto. Solo allora, per chiudere questo imbuto, applico 3 a 5 punti profondi, che impiantati nel peritoneo appena al disopra del tubo di gomma, passano dall' avanti all' indietro sotto tutta la superficie di sezione: poi annodo questi fili profondi, in modo da ricoprire col peritoneo tutta la sezione del peduncolo. L'altra metà del tumore viene trattata nello stesso

modo. Riuniti esattamente i margini, e rivestito di sierosa tutto il moncone, si passa ad adattare minuziosamente l'uno all'altro i margini del peritoneo con fitti punti superficiali (fig. 128). In questo trattamento del peduncolo riservo ai soli punti profondi il filo doppio di robusta seta fenicata.

Nei punti intermedi faccio uso di un filo semplice di seta, od anche di catgut all' olio di ginepro, col quale pratico una sutura siero-sierosa, impiantando l'ago esternamente, per farlo emergere un po' prima del margine ed impiantarlo pure a qualche distanza dal margine sul lato opposto, ove pure si carica sull'ago un tratto di sierosa. Con questo modo di sutura accade qualche volta di lacerare il peritoneo, se si stringono troppo fortemente i fili: non resta allora altro che chiudere questi interstizii con punti più profondi. Agli angoli riunisco con una sutura continua il peritoneo del peduncolo a quello che sopravanza alle allacciature applicate sui legamenti larghi (1). Solo allora si toglie il tubo costrittore e si controlla ancora attentamente per un po' di tempo l' emostasi del moncone.

Talvolta occorre impiantare altri punti profondi; altre volte basta qualche punto superficiale, e non di rado non occorre alcun'altra allacciatura. In caso di bisogno si può sempre ancora stringere il moncone uterino ed i legamenti entro legature in massa.

Diversamente da quanto si pratica nell'ovariotomia, non chiudo senz'altro la cavità addominale liberata dal suo contenuto patologico, perchè ho notato che di regola si stabilisce dal moncone una abbondante trasudazione. Questo si può facilmente immaginare, pensando all'esteso campo vascolare che fu sottratto alla circolazione. Mentre nelle ovariotomie un eventuale trasudato pare venga presto riassorbito, da una lunga serie di osservazioni ho ricevuto l'impressione che nella amputazione sopravaginale questo riassorbimento manchi troppo spesso, o proceda assai difficilmente. Da più di quattro anni, per ovviare alla necessità del riassorbimento, pratico un drenaggio profilattico dello spazio del Douglas, metto cioè, subito dopo l'amputazione, un tubo di drenaggio che attraverso allo spazio del Douglas passa in vagina. Una robusta pinza da polipo nel punto più profondo della tasca del Douglas viene infissa attraverso al fornice posteriore, che è frattanto tenuto disteso da due dita in vagina, le quali sopportano l'urto. In questa pinza spinta fino all'ostio vaginale metto un tubo di gomma foggiato a T, che porto nella cavità addominale tirando la pinza (fig. 129). Tirando poi sull'estremo inferiore del tubo, si fa in modo che la branca trasversale venga a poggiare sul fondo della pelvi: vi si adagia sopra il moncone, si pulisce il cavo ad-

(1) Ueber die Stielversorgung bei der Myomoperation. Deutsche med. Wochenschrift 1884, N 3.

dominale, eventualmente si riduce l'intestino, e infine si chiude la ferita delle pareti addominali. Di solito attraverso a questo tubo, che pel primo giorno si tiene coll'estremo inferiore ripiegato in vagina, e, se la vagina è beante, si difende con un tampone posto nell'ostio vaginale dall'ingresso dell'aria, fluisce una sorprendente quantità di liquido tinto in sanguigno e spesso fin dal principio dotato di cattivo odore, non appena alla fine del primo, o nel corso del secondo giorno, si tira al di fuori l'estremo libero del tubo, togliendo eventualmente il tampone. L'estremo del tubo viene avvolto in un batuffolo di cotone all'acido salicilico che si ha cura di rinnovare di frequente.



Fig. 129. — Moncone, e drenaggio profilattico.

Il liquido che continuamente fluisce pel tubo impedisce l'ingresso dell'aria nella cavità addominale.

Di solito al 3.° e 4.° giorno si fa sentire una molesta sensazione in vicinanza al bellico, ed allora si toglie il tubo che per lo più viene facilmente rimosso. Da che ho adottato questo metodo di cura, i risultati dell'amputazione sopravaginale si sono essenzialmente migliorati e fatti più sicuri: anzi da allora ho perduto per questa operazione solo quei casi in cui le profonde alterazioni organiche per l'anemia estrema o per l'età avanzata, od altre gravi complicazioni lasciavano già prevedere dubbioso il risultato.

Le difficoltà dell'amputazione sopravaginale possono essere assai rilevanti, specialmente se la massa del tumore impedisce l'accesso al corpo o al collo dell'utero, o se il tumore invade in basso anche il collo, rendendo così ardua la costrizione col laccio elastico. Però finora, su un numero ragguardevole di tali operazioni, non ho ancora trovato un caso in cui dovessi desistere dall'atto operativo per una di queste cause. Se per la forma e volume del tumore il cingolo costrittore non potè essere portato addirittura al disotto di tutto il tumore, si può, per quanto lo concedono le speciali condizioni, eseguire nel modo già descritto l'esportazione di quel tanto che fu isolato sopra il tubo elastico, poi, o ripor-

tare il tubo più in basso e così mano mano compire l'esportazione, oppure, legati accuratamente con allacciature isolate i legamenti larghi, le arterie uterine e le utero ovariche (1), ricorrendo anche al bisogno ad una legatura del collo, togliere il tubo costrittore, e snucleare il resto del tumore, per trattare quindi il peduncolo nel modo già noto.

Compita la sutura e ridotto così il moncone, se dai punti ove furono infissi gli aghi geme qualche goccia di sangue, io vi pongo volontieri ancora una legatura in massa. Con robusto ago, montato con filo a quattro doppi, viene trafitto dall'avanti all' indietro il moncone sulla linea mediana, e si stringe poi il filo. Siccome mano mano progredisce la sutura, per la rapida riduzione del peduncolo i fili si allentano assai, questa legatura in massa non mi pare superflua.

La parte di moncone che rimane al di sopra di tale legatura non l' ho mai trovata mortificata nelle sezioni che finora mi è accaduto di fare.

Di queste amputazioni sopra vaginali ne ho fatte 85. Le prime sei, che vennero operate senza sufficienti cautele antisettiche, morirono tutte: le scarto dal computo. Delle altre 79 morirono fra le prime 4, due per sepsi, e due per anemia cronica. Da che ho adottato il drenaggio profilattico e la più minuta e rigorosa antisepsi, di 68 ne morirono 15, cioè il 22 $^0/_0$. Di queste, sei morirono per infezione apportata durante l'operazione; una era stata operata per peritonite settica, suppurazione del mioma e perforazione; due operate per sfacelo purulento del mioma: sei vennero a soccombere per la preesistente anemia, o per embolia o per cachessia.

In questa statistica di amputazioni sopravaginali figurano delle serie non interrotte di 16 guarigioni. Hofmeier nel suo opuscolo sulle miomotomie di Schröder nel 1884 notava che l' apertura della cavità uterina ha grande importanza per la prognosi. Se riunisco a questo riguardo i miei casi, trovo che su 139 miomotomie veramente asettiche con 30 morte, si operò 33 volte senza aprire la cavità, e si ebbero tra queste 7 morte.

Ma i casi di ablazione di tumori sottosierosi, inserti al corpo sopra o al di fuori degli annessi, non hanno che l'importanza di una semplice ovariotomia, eppure pesano troppo in questo computo della prognosi, perchè si possa assegnare a tale calcolo un vero valore.

Anche il semplice confronto dei casi curati con o senza drenaggio profilattico fornisce un risultato poco attendibile; per averne uno serio bisogna specializzare nei singoli casi, come io vo cercando di fare (2).

---

(1) Schröder, Zeitschr, f. Geb. u. Gyn. VIII, p. 141.

(2) Come risulta da una recente monografia sull'argomento (Martin, Ueber Myomoperationen, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. XX, 1890) su una serie complessiva di 135 amputazioni sopravaginali si ebbero 46 casi letali. Questa mortalità, e gli inconvenienti inseparabili tanto

c) In un numero ristretto di casi si trovano i miomi posti ancora completamente nello spessore delle pareti; a seconda del loro volume essi spostano bensì e divaricano la mucosa e la sierosa, ma il tumore si mantiene ancora diviso tanto dall'una che dall'altra, per l'intermezzo di uno strato più o meno spesso di tessuto (fig. 130). Specialmente se i tumori così situati sono isolati, e con un attento esame del corpo uterino non si trovano in alcun altro punto dei nuclei miomatosi, trova il suo posto un procedimento, che può essere designato come l'ideale nel senso della cura conservativa.



Fig. 130. — Enucleazione di un mioma intramurale, col metodo di Martin.

Si può cioè tirare l'utero al di fuori e applicare un tubo costrittore sul collo per prevenire ogni grave emorragia; poi si incide sul tumore, la sierosa e il tessuto che da questa lo divide, e scavata così un'ampia breccia fino sul tumore, lo si enuclea per poi suturare il difetto di sostanza che ne risulta (1) (fig. 131). 16 volte ebbi occasione di operare in questo modo, con risultati perfettamente soddisfacenti; in uno dei casi si ebbe più tardi lo sviluppo di un altro nodo che rese necessaria una seconda operazione, questa volta l'amputazione sopravaginale.

Il modo di trattare nei singoli casi la cavità lasciata dal mioma dipende dall'essere o no stata lesa la mucosa uterina.

---

dal metodo extraperitoneale che dall'intraperitoneale di trattamento del peduncolo, fanno pensare se, quando il corpo dell'utero non si può conservare, non sia meglio rimuovere addirittura tutto l'utero, e specialmente il collo, che può essere considerato come la origine di tutte le difficoltà dell'atto operativo, e di tutti gli ostacoli alla guarigione. In tal modo resta soppressa la questione del metodo intra ed extraperitoneale. Il procedimento operativo consiste dei seguenti tempi: laparotomia, estrazione del tumore, costrizione del collo, incisione e sutura dei legamenti larghi, ablazione della parte principale del tumore, poi apertura del fornice posteriore, nel qual momento torna utile che un assistente distenda il fornice colle dita introdotte in vagina. Il fornice viene tutto attorno suturato col peritoneo: 2 a 3 punti sono sufficienti pei fornici laterali, altrettanti per l'anteriore, dopo di che il collo viene isolato dalle sue connessioni laterali ed anteriori. La breccia nel pavimento pelvico si può ridurre con una sutura continua, lasciando il posto per un drenaggio vaginale; infine si chiude la ferita addominale.

Dei primi 30 casi operati con questo metodo di estirpazione totale dell'utero miomatoso, ne guarirono 22.

(1) Vedi la pubblicazione di Burkhardt, Deutsche med. Wochensch. 1889 N. 27. — Czempin, Ges f. Geb. u. Gyn. di Berlino ottobre 1886.

Siccome è facilissimo che un' infezione abbia punto di partenza dalla cavità uterina, i casi in cui questa vien rispettata sembrano i più favorevoli; ma anche nei casi in cui essa fu lesa, la guarigione fu costante. In questi casi io ho chiuso con una sutura da calzolaio l'incisione praticata nella mucosa, per poi chiudere la sacca nell'identico modo che si pratica quando la mucosa fu rispettata. Una volta l' apertura nel cavo uterino era troppo ampia per potersi chiudere in questo modo; allora io ho fognato la cavità con un drenaggio che passava di lì nel canale cervicale e per l'orificio uterino immetteva in vagina. Per chiudere la breccia, nel posto del tumore faccio passare dei robusti aghi sotto a tutta la superficie cruenta, ed affronto intimamente le pareti: ai punti profondi ne alterno dei superficiali, per ottenere un esatto combaciamento del peritoneo.

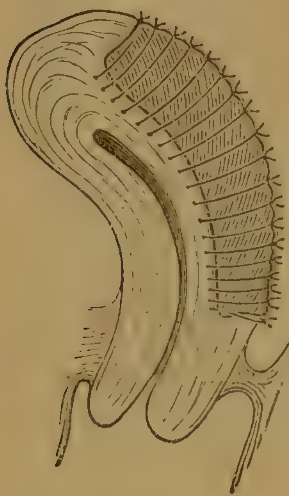


Fig. 131. — Sutura dopo l'enucleazione alla Martin.

Questo modo di snucleamento si può adottare anche per voluminosi tumori che lasciano delle ampie sacche beanti: si resecherà quel tanto della capsula che sarebbe superflua alla chiusura della breccia. In cinque casi si trattava di vaste cavità, e il trauma operatorio era stato rilevante, sicchè ho applicato il drenaggio profilattico del Douglas. In altri casi e specialmente se il tumore si era sviluppato fra l'utero e la vescica, non faccio altro che la semplice riunione della ferita.

Le prime volte, assieme coll'enucleazione del mioma, esportai anche le ovaie che in un caso erano ambedue degenerate cisticamente: in un altro caso io ho esportato un solo ovaio che era ammalato. Questa castrazione sembra forse superflua, e infatti negli ulteriori casi di simili genere non sempre l' ho praticata; credo però opportuno esportare anche le ovaie in tutti quei casi in cui non si ha la certezza che l' utero sia completamente libero da altri nuclei miomatosi. Quei primi casi ebbero un perfetto risultato, e continuano ancora bene; in altre operate più tardi si ebbero talvolta mestruazioni profuse, od anche gravi disturbi dismenorroici.

Di queste enucleazioni ne ho finora compiute 16 (vedi Czempin). Gli ultimi dieci casi guarirono tutti; fra i casi di morte ve ne ha uno che fu operato quando il tumore era in avanzata decomposizione e la donna era colpita da febbre; due morirono per setticemia acuta, erano state operate in una delle giornate più calde del 1883 (1).

---

(1) Una statistica più recente da un complesso di 93 enucleazioni. Cinque casi di enucleazione furono eseguiti in gravidanza. 24 volte si dovette aprire la cavità uterina (8 morte). 72 volte la cavità fu rispettata (19 morte). — Vedi Martin, Ueber Myomoperationen, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. XX, 1890,

d) I tumori dell'ultimo gruppo, quelli che si sviluppano nel legamento largo o sotto il peritoneo pelvico, o nello spessore stesso del pavimento pelvico, possono offrire all'operazione delle rilevantissime difficoltà. È a questo gruppo che appartengono quei casi che una volta si dichiaravano inoperabili; e sono difatti difficili ad esportarsi, perchè da una parte l'emorragia non si può dominare con sicurezza, e d'altra parte non è escluso il pericolo derivante dalla difficoltà di differenziare ed isolare completamente il tumore dagli organi vicini senza ledere questi

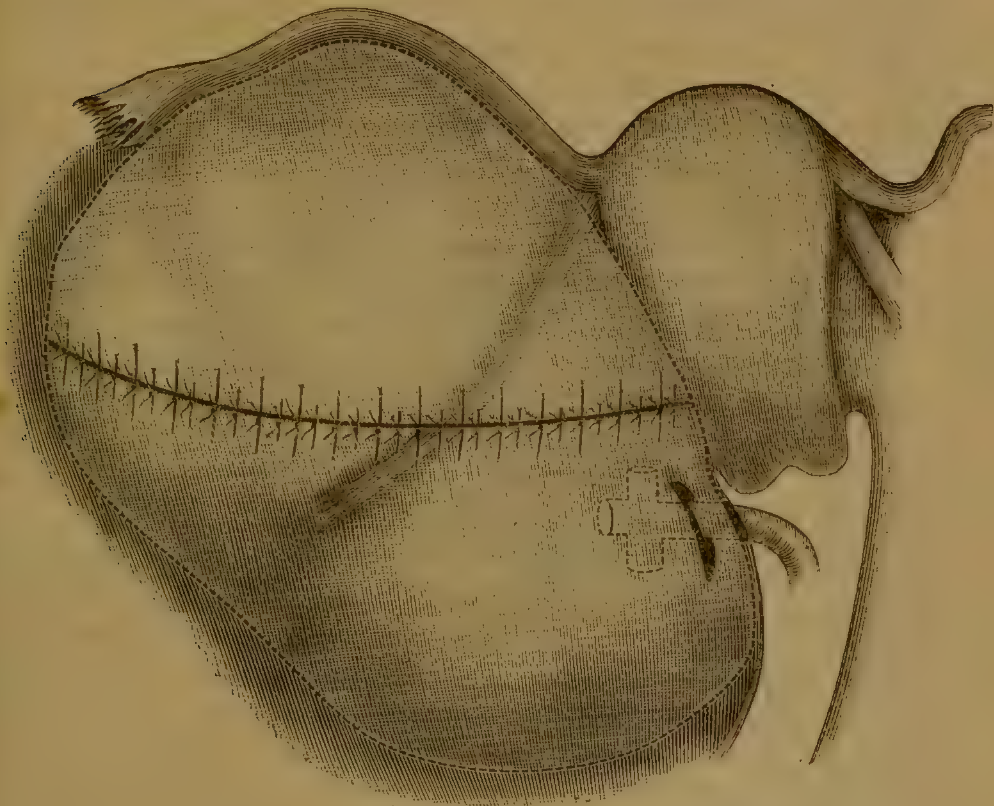


Fig. 132. — Mioma intralegamentoso: snucleamento: sutura della sacca: drenaggio in vagina.

— e finalmente, tolto anche il tumore dalla sua sede, rimangono delle ampie cavità la cui presenza dà a pensare.

Ma l'esperienza che, cominciando dalla prima mia operazione di questo genere (Sig. Brademann 20. VI. 1880), ho finora potuto fare in 15 casi m'incoraggia anche all'esportazione di questi tumori; anche Schröder ne ritiene possibile lo snucleamento come unico mezzo di guarigione per le gravi sofferenze causate da tali tumori. Per asportare tali miomi a sviluppo sotto sieroso od intralegamentoso si pratica una ampia incisione sul peritoneo che ricopre il tumore (fig. 132): l'emorragia di solito in questo atto è minima anche se non è fatta preventi-

vamente, come consigliava Schröder, l'allacciatura delle arterie utero-ovariche ed uterine. Col dito poi, penetrando fra il peritoneo ed il tumore, si cerca di snuclearlo, esercitando assieme trazioni sul nodo da snuclearsi mediante pinze di Muzeux. In questo modo finora mi è sempre riuscito di enucleare questa sorta di miomi. Di solito si possono liberare completamente e portare fuori della ferita addominale senza peduncolo di sorta; in altri casi la tuba aderente al tumore gli forma una specie di peduncolo che occorre allacciare. Nell'ampia cavità beante che rimane, si trovano talvolta sul fondo dei grossi vasi che dànno sangue; più spesso non si incontrano serie emorragie.



Fig. 133. — Pinza a scatto di A. Martin.

Riguardo al trattamento del letto del tumore, io prima usava resecare i lembi eccedenti della capsula, e ridotti così a dimensioni opportune, li fissavo alla base della cavità con sutura da materassaio. Questo procedimento lungo e laborioso oggidì l'ho abbandonato, e mi limito a fognare il letto del tumore con un tubo a drenaggio immesso nel fornice posteriore colla pinza a polipi nel modo già descritto, e al di sopra riunisco i margini della capsula (fig. 132). Così la sacca che accoglieva il tumore resta aperta verso la vagina, e chiusa verso la cavità peritoneale. Le secrezioni hanno così il loro scolo, e possono facilmente essere controllate e disinfettate. La cavità peritoneale resta completamente chiusa ed esclusa dal contatto colla sacca, che del resto vien presto occlusa dalla pressione che sulle sue pareti esercitano le anse intestinali. Non sarebbe qui il caso di descrivere più minutamente questa operazione. È probabile che simili operazioni saranno tentate solo da chi ha grande esperienza, da abili operatori, cui non tocca a me dare regole dettagliate.

Di miomi sviluppati nel connettivo pelvico ne ho snucleati 15: una morì per emorragia dopo che il sacco era stato chiuso con sutura continua al catgut, modo di cucitura che ho poi abbandonato; 3 altre per sepsi; due per le conseguenze della anemia preesistente.

III. La cura dei polipi dipende dal volume di questi tumori, dalla loro inserzione e dalla struttura del loro peduncolo. I piccoli polipi fibrosi simili ai così detti follicolari, si possono esportare facilmente per torsione. Faccio uso a questo scopo della pinza a scatto di mio padre (fig. 133): può però servire qualunque altra pinza provvista di chiusura a cremaillère. Colla pinza si afferra il polipo pel suo peduncolo e lo si torce. È affatto eccezionale il vedere con questo metodo una emorragia, che del

resto si arresterebbe subito con un fiocco di cotone bagnato nel percloruro di ferro.

I polipi più grossi e con peduncolo più resistente si dovrà cercare di tirarli in basso, tanto che sia possibile applicarvi una legatura; possibilmente, trafisso il peduncolo con un filo, lo si allaccia in due metà: il polipo si esporta incidendo non troppo vicino alla legatura. Se la legatura fu sufficiente, non si ha emorragia, il peduncolo si riduce presto e non ha bisogno di un trattamento speciale.

Questo processo trova la sua applicazione in tutti i polipi che si possono rendere accessibili; quando il volume del tumore impedisce di raggiungere il peduncolo, si penserà all'esportazione mediante l'écraseur. Queste ablazioni più difficili costringono le pazienti a letto per alcuni giorni; si dovrà con iniezioni astringenti, e specialmente di acqua calda a 40^0, provocare la riduzione dell'utero; si potrà fare largo uso anche della segale per diminuire la cavità uterina.

È innegabile che i grossi polipi mucosi hanno una certa tendenza alle recidive; più di una volta, asportato un polipo follicolare, ho visto prodursi una neoformazione maligna; perciò dove è accessibile la base del polipo ho esciso estesamente tutti i contorni del peduncolo. In questi casi finora nel lembo esciso non si potè dimostrare una traccia che accennasse ad una futura degenerazione maligna.

I polipi fibrosi più grossi creano spesso delle immani difficoltà. Difficilmente si può su di essi far presa, tanto più se il loro polo inferiore è mortificato, e spesso non si possono estrarre che a spese di lacerazioni nella continuità del pavimento pelvico. D'altra parte la loro rimozione è di somma urgenza, perchè essi danno luogo a ritenzione dei secreti assai alterati, e tornano assai pericolosi per la compressione sugli organi vicini. Le pazienti, che per lo più sono molto anemiche, male sopportano il grave atto operativo. Perciò, come già dissi, anche in un caso di questo genere io ho preferito fare la laparotomia, aprire l'utero, estrarre dall'alto il tumore, e cucire la breccia. La paziente guarì (Vedi Centralblatt für Gyn. n. 31, Luglio 1886. Dr. Nagel). Questo processo lo credo raccomandabile per i polipi così voluminosi.

Neoformazioni maligne dell'utero.

a) Adenoma dell'utero.

È solo dall'epoca del lavoro di Schröder (Zeitschrift für Geb. und Gyn. Vol. 1.° 1876) che i neoplasmi originanti dall'apparato ghiandolare della mucosa uterina vengono annoverati e praticamente classificati fra le neoformazioni maligne.

I neoplasmi ghiandolari, gli *adenomi*, possono trovarsi in forma di proliferazioni generalizzate a tutta la mucosa o *adenoma diffuso*. Vi si

trovano sviluppate numerosissime ghiandole, che differiscono solo per volume dalla solita forma delle ghiandole uterine. Di solito si ha dapprima una infiltrazione cellulare del connettivo interghiandolare: in altri casi fin dal principio prevalgono le ghiandole neoformate, che vengono a formare un complicato intreccio di tubi, con scarsissimo tessuto connettivo interstiziale. Altre volte l'adenoma assume forma poliposa: allora la superficie della mucosa uterina appare disseminata da varî polipi piccoli o grossi, che constano essenzialmente di ghiandole neoformate. Questi conglomerati di ghiandole aderiscono alla parete uterina per mezzo di un peduncolo sottile ed allungato.

L'eziologia di questa forma morbosa, della quale nel Marzo 1876 ho visto ed operato un esempio tipico, senza conoscere il carattere di questo

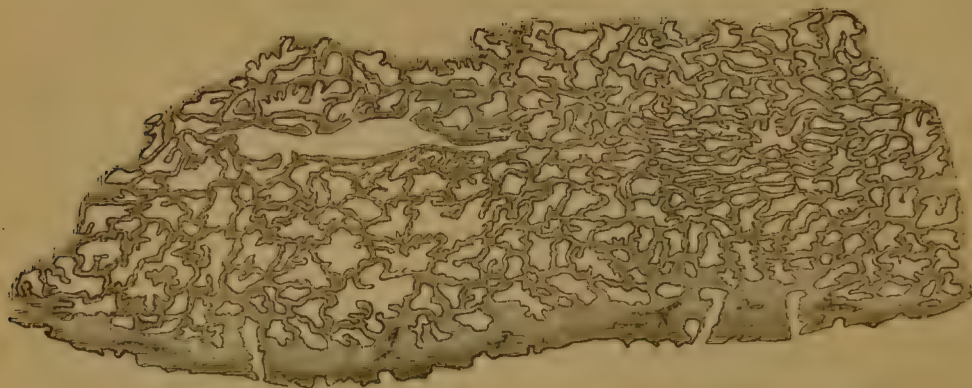


Fig. 134. — Adenoma dell'utero, da un mio preparato disegnato da C. Ruge.

neoplasma definito allora per la prima volta da Schröder, sembra essere in un certo rapporto coi catarri uterini cronici; così si spiega anche come l'adenoma di solito si sviluppi solo fra i 36 ed i 40 anni, od anche appena prima della menopausa, sviluppandosi in apparenza a poco a poco da un catarro dell'interna superficie dell'utero. La frequenza dell'adenoma è assai variamente giudicata. Finora ho istituito circa una cinquantina di volte la diagnosi di degenerazione adenomatosa. Ma solo in 6 casi era raggiunto lo stadio elevato di sviluppo che si vede raffigurato nella fig. 134. Negli altri casi non v'era dubbio sulla diagnosi di tumore maligno, ma si trattava di una formazione limitata ad isole in mezzo ad una mucosa fortemente irritata.

L' anatomia patologica di questa forma è abbastanza caratterizzata da quanto abbiamo premesso. Dall' annessa figura si vede il prevalente sviluppo del tessuto ghiandolare che si palesa all'aspetto cribroso delle sezioni microscopiche (fig. 134). Nella fig. 135 è riprodotto in maggiori proporzioni lo stesso preparato: frammezzo ai tubi ghiandolari non rimane quasi più nulla del connettivo interstiziale.

Gli adénomi non sono certo forme trascurabili o benigne: possono passare immediatamente in carcinomi, come è dimostrato anche da due mie osservazioni: in questi casi non è però ancora stabilito se la trasformazione maligna abbia punto di partenza dall'epitelio delle ghiandole, o da qualche punto all'infuori di esse.



Fig. 135. — Il preparato precedente, ad un ingrandimento di 400 diametri.

Sintomo prevalente degli adenomi sono le emorragie, che spesso figurano come mestruazioni protratte, o come scoli sanguigni irregolari che tirano in lungo, senza però, almeno nei primi stadî, condurre a perdite molto abbondanti di sangue. Io ho visto di questi adenomi nelle più varie fasi di sviluppo; se le perdite duravano da molti mesi, per lo più le pazienti erano in istato di notevole anemia. Caratteristica è fra gli altri segni la scarsezza della secrezione muco-purulenta, del vero *fluor albus*, sebbene nel maggior numero dei casi non faccia assoluto difetto. Dolori queste donne non ne accusano, ad eccezione di quelli che si col-

legano colla anemia. Del resto tutte le pazienti erano o in istato di morboso eccitamento per l'irrequietudine derivante dalle emorragie, oppure spossate, dimagrate e grame per la lunga durata del male.

La diagnosi in ogni caso si può fare solo esaminando la mucosa, l'utero è bensì un po' ingrossato, molliccio, in alcuni casi anche dolente, ma la possibilità di una fondata diagnosi è unicamente data dal raschiamento della mucosa, nel modo che già conosciamo, per sottoporla all'esame microscopico.

La *prognosi*, soltanto nei primissimi stadî, può dirsi non assolutamente infausta: nelle forme già pronunciate non lascia speranza di sorta. Appunto in riguardo al carattere maligno che sempre si manifesta, la prognosi sarà riservatissima, e su ciò ci guideremo per la terapia.

Negli stadii iniziali basta da principio un energico raschiamento della mucosa uterina, seguito da cauterizzazione al percloruro di ferro. Però non ne ho ancora veduto derivare una guarigione definitiva. Si vedono bensì le pazienti rimettersi in discrete condizioni, e in alcuni casi il male diventare così tollerabile da allontanare per anni la necessità di una cura radicale. Non è raro il vedere a questa cura susseguire rapidamente la recidiva: nei miei casi l'ho vista presentarsi 4 volte all'intervallo relativamente breve di 3-7 mesi.

Nelle forme più spiccate di adenoma diffuso la cura radicale secondo me consiste sempre nell'estirpazione vaginale dell'utero: appunto in questi casi l'estirpazione vaginale fornisce la possibilità di una guarigione completa. La sterilizzazione della donna, che ne è la conseguenza, non ci deve punto preoccupare, perchè la degenerazione adenomatosa la rende già per sè inetta al concepimento, senza contare che per lo più si tratta di donne prossime all'età critica. Due osservazioni mi inducono a raccomandare caldamente l'operazione radicale anche nei casi di adenoma non estesamente diffuso, appena si riconosca che il raschiamento seguito da cauterizzazione non basta a guarire il male. In questi due casi — l'una era una pluripara attempata, l'altra una zitella di 49 anni — nello spazio di sei mesi dopo l'estirpazione vaginale per adenoma, si palesò un carcinoma sulla cicatrice, ed ambedue le pazienti soccombettero presto ad una cachessia a rapido decorso. Come si debba fare la estirpazione vaginale, lo vedremo al capitolo relativo.

Nelle forme poliposc basta spesso al primo momento il semplice raschiamento seguìto da cauterizzazione. Schröder dice averne ottenute delle guarigioni definitive (1). Ad ogni modo si è autorizzati ad aspettare lo sviluppo di una recidiva prima di risolversi in queste forme polipose all'estirpazione vaginale dell'utero.

Finora io ho eseguito l'estirpazione vaginale sei volte per adenoma

(1) Schröder, Trattato p. 280.

conclamato, e 13 volte per una iperplasia tanto notevole dell' apparato ghiandolare, che nella proliferazione della mucosa non eravi quasi più traccia del normale tessuto interstiziale. Di queste pazienti la più giovane aveva 37 anni. Tutte soffrivano di profuse metrorragie (solo 5 avevano partorito, altre tre erano sterili; tutte ammalate da parecchi anni) e nonostante una cura energica ed insistente erano cadute in preda ad una anemia sempre più minacciosa. 4 volte esistevano notevoli aderenze perimetritiche che complicarono assai l' operazione e posero in pericolo la guarigione. Di queste 19 donne 3 morirono per l'operazione, una per sepsi, due per degenerazione grassa del cuore dovuta all' anemia. Due morirono poco dopo per carcinoma della cicatrice: le altre guarirono definitivamente.

b) Cancro dell'utero

Nelle donne il cancro si localizza con una frequenza relativamente grande all'utero: infatti, secondo alcuni computi, più di un terzo delle donne che muoiono per cancro ne sono colpite all'utero (1).

Non è passato molto tempo da quando si riteneva che il cancro dell' utero partisse quasi esclusivamente dal collo, e si designava come rarissimo, eccezionale, il cancro del corpo. La facilità di diagnosi apportata dal raschiamento e dall'esame microscopico della mucosa (2) ha fatto modificare questa opinione, essendo dimostrato da molteplici osservazioni che il cancro del corpo è molto più frequente di quanto una volta si riteneva, pur essendo di fatto meno frequente del cancro del collo. Le due forme, non solo istologicamente, ma anche nel modo di sviluppo offrono notevoli differenze, che ne rendono necessario uno studio separato.

1.° *Cancro del collo.*

L'eziologia del cancro del collo è ancora molto oscura. Di positivo pare vi sia finora solo, che esso è malattia che si verifica di preferenza nell'età matura, fra i 30 e 40 anni (3), che si trova più frequente nelle donne delle classi più povere, mentre invece i miomi colpiscono piuttosto le donne delle classi più agiate (4), e che i parti pregressi dispongono alla

(1) Schröder, l. c. p. 281.

(2) C. Ruge e J. Veit, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. II e VII p. 138.

(3) La più giovane fra le donne affette da cancro del collo che io abbia avuto in cura, aveva 23 anni: aveva partorito 2 volte: l'ultima volta 1 1/2 anni prima, e già dai 22 anni perdeva sangue.

(4) Schröder, l. c. p. 231. Alla Frauenklinik di Berlino, fra le ammalate d' ambulatorio si osservò il 1,9 % di miomi, e il 3,6 % di carcinomi: nella clientela privata di Schröder 5,7 % di miomi e 2,1 % di carcinomi. Nel mio ambulatorio la percentuale dei cancri è qualche cosa di più del 3 %, quella dei miomi un po' più alta: la clientela privata mi fornisce cifre analoghe.

degenerazione maligna, sebbene non ne vadano immuni nemmeno le ragazze. Quale predisposizione apportino gli stati cronici irritativi non è ancora bene assodato. Clinicamente pare quasi accertato che la metrite cronica e l' endometrite, date certe condizioni non ancora note, possono fornire un terreno opportuno allo sviluppo dei neoplasmi maligni. Conosco anch'io un numero ragguardevole di questi casi, senza tuttavia essere in grado di trovare un appoggio anatomico a questo rapporto. Si insistette anche sulla disposizione che sarebbe data dalla sifilide. Per ora non si hanno ancora prove anatomo-patologiche convincenti, ma anch'io ho dovuto più d'una volta riconoscere tale nesso eziologico, sul quale già mio padre aveva richiamato l'attenzione nel suo corso clinico. Egli aveva potuto stabilire, che non di rado ammalavano per cancro delle donne che, spose in prime nozze ad uomini sifilitici morti poi in giovane età, dopo



Fig. 136 *a*. — Cancroide della porzione vaginale. Estirpazione dell' utero. Recidiva dopo 5 mesi.

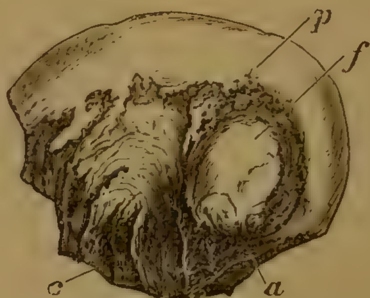


Fig. 136 *b*. — Cancroide della porzione vaginale (da Ruge e Veit), *p* epitelio piatto conservato, *f* nodi cancerosi, *a* orificio esterno, *c* collo.

una vedovanza più o meno lunga si erano rimaritate a giovani assai vigorosi nei rapporti sessuali, e più giovani di esse (1).

Anatomia patologica. — La nota controversia sulla derivazione del cancro, se dalle cellule connettivali o dalle epiteliali, fu dagli osservatori che ebbero un più ricco materiale a loro disposizione, C. Ruge e J. Veit (2), risolta soltanto nel senso, che di regola le cellule carcinomatose derivano da irritazione del tessuto connettivo; ma che parecchie volte il carcinoma deriva indubbiamente dagli epitelî ghiandolari e specialmente di ghiandole neoformate, malate, che appunto pel cancro del corpo sono da ritenersi il punto di partenza del male. L'incertezza nella risposta a questa questione è in gran parte dovuta al fatto, che assai raramente si possono studiare gli stadî iniziali del male. Ho cercato anch' io di stabilire al microscopio questi stadii iniziali. Prescindendo da

(1) Winckel, p. 798.
(2) Zeitschrift f. Geb u. Gyn II, p. 11

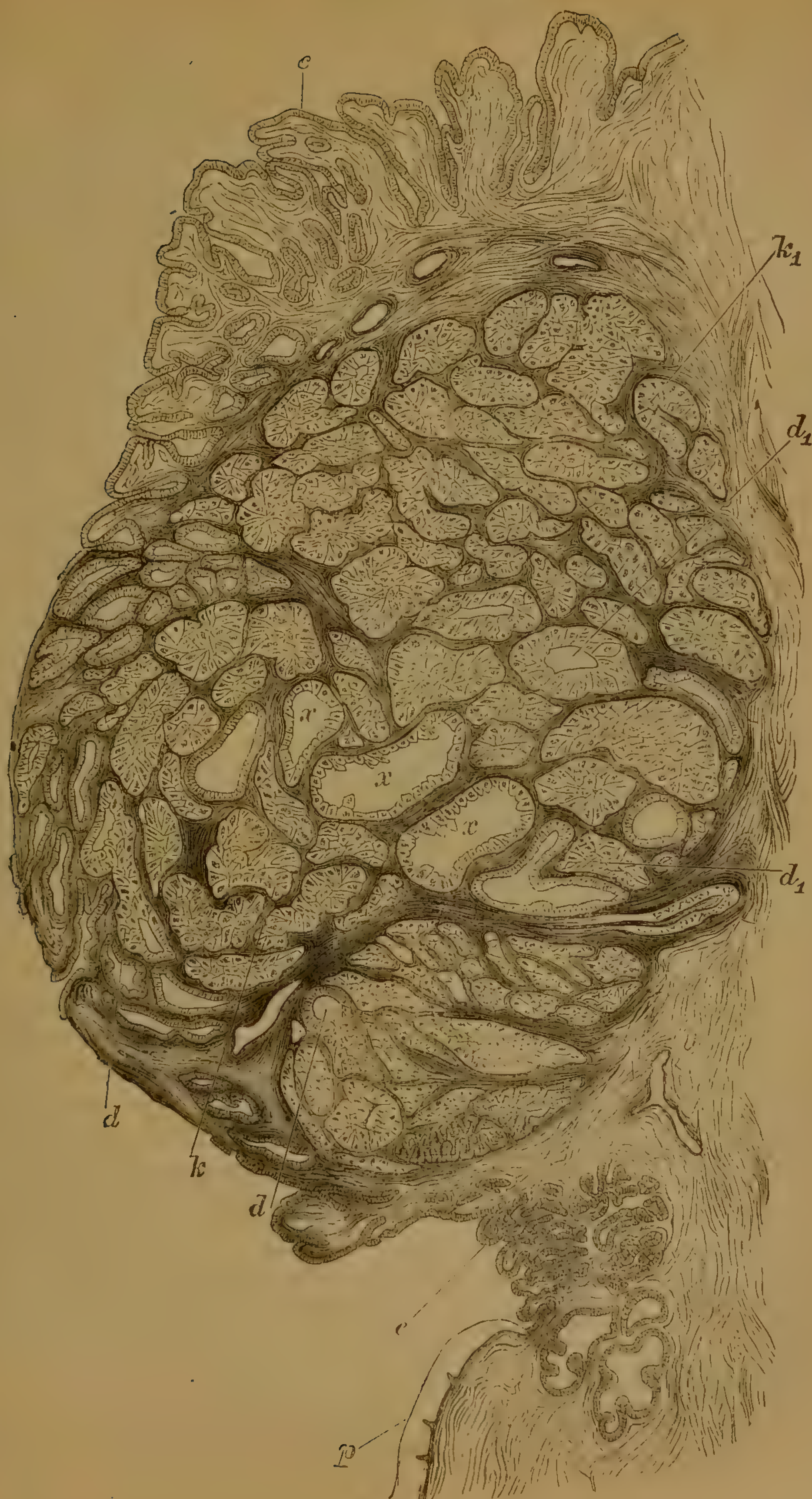


Fig. 137. — Sezione microscopica della figura precedente *p* epitelio piatto, *e* erosioni *k* nodo carcinomatoso, *c* canal cervicale, *d* zona di passaggio, *x* ghiandole conservate

ciò, io riconosco le suddivisioni del cancro del collo adottate da Schröder nel suo trattato, e distinguo: il *cancroide superficiale della porzione vaginale, il cancro del collo, ed il cancro della mucosa cervicale.*

1.° Il cancroide superficiale della porzione vaginale (fig. 136 a.) può svilupparsi da proliferazioni papillari credute benigne, le così dette erosioni papillari della superficie esterna del collo, rivestite dall' invadente epitelio cilindrico. Secondo Schröder, la mucosa cervicale non partecipa mai primitivamente a questa alterazione; il cancroide si sviluppa sempre nel campo di produzioni patologiche di questa regione. La malattia può durare a lungo sulla superficie esterna del collo, formarvi delle vegetazioni polipose o delle ulcerazioni superficiali, e dall'un labbro diffondersi all'altro (La fig. 137 dà l' aspetto microscopico del caso rappresentato

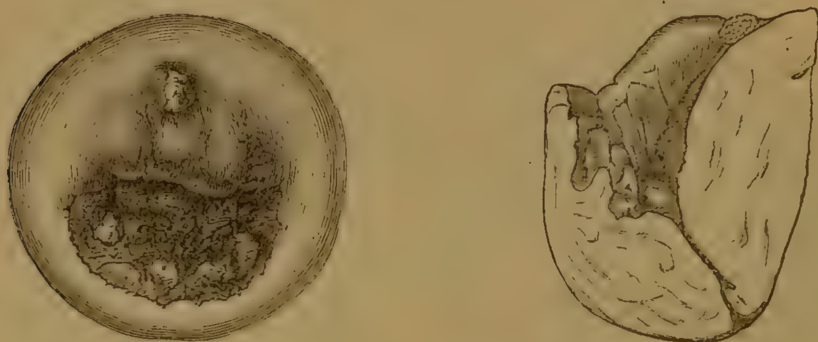


Fig. 138 e 139. — Cancro della mucosa cervicale (da Ruge e Veit).

nella fig. 136 *b*). Con speciale frequenza lo si vede diffondersi alla mucosa della vagina, invadere tutta la porzione vaginale, e distruggere la parete vaginale per maggiore o minore estensione.

La diffusione al tessuto paravaginale, e specialmente alla parte paracervicale del connettivo pelvico, l'ho osservata nelle forme avanzate con tale frequenza, da farmi ritenere costituisca uno degli esiti più infausti. L'utero si trova completamente circondato dal neoplasma che invade i fornici, senza essere, almeno in principio, partecipe alla lesione.

2.° La seconda forma è da Schröder chiamata: carcinoma della mucosa cervicale. Si sviluppa, specialmente in casi di catarro cervicale inveterato, in modo superficiale nel tessuto sottomucoso, al disotto dell' epitelio cilindrico. Anche in questa forma si vede mano mano il male diffondersi al corpo, ed in basso verso la vagina (fig. 138 e 139). Io dalle mie osservazioni ho riportato l'impressione che questa seconda forma sia meno frequente della terza. In ogni modo mi attengo alla divisione data da Schröder come la migliore delle fin qui proposte.

3.° La terza forma è descritta da Schröder come il *nodo carcinomatoso della cervice*, che si svolge in forma di tumore circoscritto sotto

la mucosa normale, o colpita da una irritazione in apparenza benigna. Queste nodosità si trovano nello spessore del collo, ora sotto la superficie esterna prospiciente la vagina, ora sotto quella del canal cervicale; si alterano e si mortificano nel loro interno, e solo allora si fanno strada attraverso alla mucosa fino a quel punto intatta (fig. 140 e 141). La perdita di sostanza che ne risulta forma l' ulcera cancerosa, che ora si mostra prima sulla superficie esterna, ora verso il canale cervicale, e quindi per infiltrazione dei tessuti vicini invade sia tutto il collo, sia la vagina.



Fig. 140. — Carcinoma del collo. *kn* nodo canceroso, *o* orificio esterno, *a* difetto di sostanza per eseguito raschiamento.

L'ulteriore modo di svolgersi di queste tre forme di cancro mostra pure delle differenze abbastanza spiccate, sebbene il risultato finale sia sempre quello, differenze che concernono in modo speciale la diffusione verso la vagina, verso l'utero e verso il connettivo pelvico. In tutte le forme la vagina viene invasa con relativa frequenza e rapidità: il cancro si diffonde talora alla superficie superando il fondo cieco dei fornici, talora sotto la superficie lungo una delle pareti vaginali, per manifestarsi lì come nodo in apparenza isolato.

La diffusione del cancro dal collo al corpo dell' utero (fig. 142) si incontra piuttosto di rado, e in ogni modo è più tardiva nel cancroide della porzione vaginale che non nelle altre due forme: mentre le masse neoformate cadono in precoce disfacimento, si forma nel collo un' ampia cavità con margini a picco che si porta in alto, oppure, specialmente nel carcinoma della mucosa cervicale, la diffusione si fa per prolungamenti a zaffo che si spingono verso la mucosa corporeale, e solo più tardi invadono le frapposte masse di tessuto.

La partecipazione del vicino connettivo pelvico e dei legamenti larghi viene in scena o per trapiantamento lungo le vie linfatiche, o per infiltrazione diretta nella continuità dei tessuti.

Nella prima forma, fin dai primi stadi, quando appena si può avvertirla, si trovano dei nodi della grossezza di una lente che si diffondono sotto il peritoneo per lo più all'indietro, e, data la possibilità di una palpazione profonda, si avvertono come corpicciuoli disposti a rosario. Riguardo al valore che altre volte si dava all' interessamento od alla immunità delle ghiandole inguinali, dobbiamo avvertire che questo gruppo di ghiandole di solito viene invaso assai tardivamente, quando le vie linfatiche profonde sono già da tempo infiltrate per grande estensione (1).



Fig. 141. — Da Ruge e Veit: *o* orificio esterno, *c* collo, *d* ghiandole cervicali, *g* degenerazione iniziale delle ghiandole, *k* nodo canceroso.

L'infiltrazione per continuità di tessuti interessa da prima i contorni del collo, che appare allora molto ingrossato: è raro che questa infiltrazione attorno al collo si distribuisca uniformemente; per lo più si estende più da un lato, costituendo in fine una rigida connessione fra utero e parete pelvica.

Fra gli organi invasi col progredire del tumore, meritano spe-

(1) Blau, Inaug. Dissert. Berlino 1870.

ciale osservazione, da una parte la vescica e gli ureteri, dall'altra il peritoneo.

L'infiltrazione del collo, della vagina e dei tessuti contigui, appena si estenda alla vescica, vi determina anomalie funzionali, e dà luogo ai



Fig. 142. — Cancro del collo, del corpo e della vescica. Dall'atlante di E Martin. Le pareti della vescica sono ispessite per infiltrazione cancerosa.

sintomi tanto tormentosi di tenesmo vescicale, ancor prima che sia intaccata la mucosa della vescica stessa. Oltre alla vescica, gli ureteri, se ammalati, danno origine a sintomi assai gravi. L'occlusione degli ureteri dà luogo a stasi urinaria, che è causa di un rapido deperimento delle forze, ma che d'altra parte può dar luogo a quel caratteristico senso di euforia che colpisce tanto nelle pazienti di carcinoma, e che riposa su base

uremica. La malattia del peritoneo si manifesta pei fenomeni irritativi, sia che l'infiltrazione vi sia arrivata sotto forma di piccoli nodi linfatici o sotto forma di diffusione per continuità.

Oltre che all'avanti, l'infiltrazione può, sebbene con minore frequenza, estendersi all'indietro verso i fornici vaginali, e lateralmente al collo: dà allora origine a interessamento anche dell'intestino retto.

Se il tumore si disgrega, si formano qua e là dei focolai di decomposizione che ora colpiscono la faccia esterna del collo verso la vagina, ora, trattandosi di collo ben configurato, non hanno uscita in basso. Queste forme ulcerose sono per lo più rivestite di un essudato fetente e grigiastro, lardaceo.

Se il disfacimento progredisce, ne può venir distrutto il setto vagino-vescicale o il vagino-rettale. Per la fistola che ne origina si mesce come in una cloaca il contenuto della vescica e dell' intestino colle secrezioni uterine. Estendendosi ancor più il processo distruttivo, ne può venire aperta la cavità peritoneale, ed anche allora sono rari i sintomi di peritonite generale, poichè già da tempo si è verificato il saldamento del peritoneo cogli organi vicini al disopra delle vegetazioni neoplastiche.

Accade piuttosto raramente che la presenza di queste forme cancerose determini malattie secondarie in organi lontani. Invece sono piuttosto comuni sul peritoneo, anche a qualche distanza, delle vegetazioni papillari che possono raggiungere cospicue dimensioni.

I sintomi del cancro del collo non sono in principio ben caratterizzati. Mentre alcune donne fin dal principio, prima ancora che la malignità del male siasi palesata, lamentano vivi dolori, profuse perdite sanguigne e copiose secrezioni, ne troviamo altre che, anche ad infiltrazione molto avanzata, restano libere da qualsiasi disturbo, sicchè la constatazione del male è affatto accidentale, non essendo richiamata l'attenzione delle pazienti nè dai dolori, nè dalle emorragie, nè dalle secrezioni.

Le emorragie nei primi tempi conservano il tipo mestruale, ma poi capitano anche fuori dei periodi e sono aumentate da ogni eccitamento che venga a colpire i genitali, come coito, difficili defecazioni, sforzi, e così via. La perdita può essere addirittura di pretto sangue: più spesso si ha una colorazione sanguigna delle mucosità copiosamente espulse. Il flusso così colorito richiama l' attenzione delle disgraziate donne. È caratteristico per queste secrezioni l'odore fetidissimo. Può però mancare anche ad infiltrazione già avanzata, mentre può aversi anche per forme non maligne. Specialmente se la distruzione è superficiale, il secreto abbondantissimo può essere solo purulento. Se vi ha decomposizione, le secrezioni vengono alterate per miscela di sangue e di brandelli di tessuto, e assieme al colorito bruno sporco assumono anche l'odore caratteristico.

I dolori variano assai: talora mancano fino al momento della catastrofe finale: talora fin dal principio prendono il sopravvento sugli altri sintomi; vengono più d'una volta battezzati per coliche uterine: altre li

dicono dolori sacrali; in altre si manifestano come un risentimento peritoneale o come un dolore lieve, ma insistente e rodente. Vi si associano gli altri fenomeni consecutivi dovuti alla diffusione del male, alla cachessia generale, al dimagramento, al deperimento delle forze. Schröder constatò una speciale rigidità dei muscoli addominali. Oltre a questa alterazione caratteristica degli ultimi stadî, io ho notato nelle sofferenti di cancro la speciale secchezza ed asprezza della cute su tutto il tronco ed alle estremità. Alle conseguenze della comunicazione colla vescica ho già accennato. I sintomi dell' invasione del retto sono quelli che sempre si osservano per lesioni del tubo intestinale. Merita ancora di essere notato che in queste pazienti è piuttosto comune uno stato di indescrivibile inquietudine e di insonnia, molto tempo prima che si possa constatare una estesa diffusione del male. Anzi non è raro sentire dalle pazienti affermare un sensibile miglioramento, proprio quando l'insonnia, da lungo lamentata, per l'iniziata intossicazione uremica ha ceduto il posto ad una continua sonnolenza.

È frequentissima nelle cancerose la inappetenza assoluta; la nutrizione viene assai disturbata dal malessere e dalle nausee. Le tendenze sessuali sono piuttosto esaltate che depresse e così si spiega anche l'abbastanza frequente concepimento, ad onta dell'avanzata distruzione del collo.

Calcolare la durata del male riesce estremamente difficile: di fronte a casi con rapidissimo decorso, nei quali ho visto passare solo nove settimane dai primi inizî apprezzabili alla catastrofe finale, ho anche molte osservazioni in cui passarono quasi cinque anni, per lo più però grazie ad arresto nei progressi del male ottenuto con replicate operazioni.

La diagnosi di cancro non offre nessuna difficoltà nei casi di disfacimento avanzato e di forme spiccate: l' età, il decorso, il reperto dell'esame parlano tanto chiaro, da escludere in modo assoluto ogni errore. Certo questi per lo più sono casi, nei quali il male è salito più in alto del collo ed ha già determinato estese distruzioni nei tessuti vicini.

Difficoltà straordinarie si incontrano invece nella diagnosi dei primi stadì. Tutte le manifestazioni cliniche che si ritengono proprie dei tumori d'indole maligna possono far difetto; l' esplorazione vaginale può non rilevare nulla di sicuramente caratteristico, ed allora la sola indagine microscopica ci può assicurare della diagnosi (1). Anche dei frammenti piccoli, escisi o raschiati dalla mucosa o dai nodi, possono servire alla diagnosi, previo l' opportuno induramento e preparazione. Appunto in vista dell' analogia di reperto clinico colle forme avanzate di metrite cronica, nelle infiltrazioni estese o nelle lesioni profonde della mucosa e vagina, bisognerà andare ben guardinghi nell' emettere una diagnosi in base al reperto digitale ed al decorso clinico. Questa raccomandazione

(1) Stratz (Zeitsch. f. Geb und Gyn. XIII) mette come un segno di speciale importanza il distacco netto fra parte sana o malata, con una differenza di livello, con una tinta leggermente gialliccia, e in forma di rilevatezza granulosa, splendente.

è importante, tanto in vista della possibilità di una guarigione quando il male sia riconosciuto in tempo, quanto per la cura di un'affezione semplice benigna.

Quanto più presto sapremo riconoscere gli inizî del cancro, tanto più, confido, sarà non solo rischiarata l'eziologia di questa fatale affezione, ma anche migliorata la prognosi, perchè, constatati i primi stadî, potremo mettere in opera una terapia opportuna.

Schröder attribuisce al cancroide della porzione vaginale un carattere più mite ed essenzialmente diverso dalle altre forme di degenerazione carcinomatosa, cioè il cancro del canal cervicale, ed i nodi cancerosi del collo. Certo si deve ammettere la differenza istologica dimostrata da Ruge e Veit, nè può negarsi, per le ricerche di Hofmeier, la tendenza ad estendersi e la curabilità locale. D'altra parte Schröder stesso ammette che anche nel cancroide non è esclusa la possibilità di una recidiva (Vedi Società di Ost. e Gin. seduta del 24 Nov. 1885).

Un significato specialmente infausto lo assumono, anche per esperienza di Schröder, le complicazioni colla gravidanza. Il mio ultimo caso di escisione alta (cancroide ad un labbro del collo in una gravida al 5.° mese, recidiva dopo due mesi) parla pure in questo senso.

Non posso dunque accogliere pienamente la prognosi relativamente favorevole che Schröder attribuisce al cancroide del collo; pur ammettendo che sia migliore, che non per altre forme di cancro del collo, devo però confermare che bisogna asportare tutto l'organo, sebbene solo parzialmente sia malato.

Hofmeier (1) ha stabilito che tra le donne curate da Schröder con escisione parziale, 41,3 per cento rimasero 4 anni libere da recidive.

Schröder in base alla sua esperienza conclude « che il cancro del » collo dell' utero è guaribile finchè limitato all' utero ed alla vagina. » Nel cancroide della porzione vaginale basta l'escisione sopravaginale » della cervice, però spesso occorre asportare parti più grosse dalla » cervice. Le operate si riterranno guarite, se rimangono sane per un anno » dopo l'operazione ».

« Nel carcinoma della mucosa del canal cervicale il male è spesso » così sviluppato in alto fin dal principio, da rendere sempre necessaria » l'estirpazione totale. Il cancro infiltrato si diffonde facilmente verso » il corpo dell' utero, cosicchè solo in via eccezionale potremo limitarci » all'escisione della cervice ».

Il Dr. Nägel ha cominciato a raccogliere la mia casistica dei diversi modi di trattamento del cancro, però il risultato finale, viste le difficoltà delle indagini, si può apprezzare solo per le estirpazioni totali.

In vista delle gravi difficoltà diagnostiche si richiede per tutte le storie cliniche il controllo dell'esame microscopico. Dubito che con que-

(1) Centralblatt f. Gyn. 1886 N. 6, e Berliner klin. Wochensch. 1886. N. 6 e 7.

sta esigenza una buona parte dell' antico materiale debba perdere del suo valore. Nei tempi più vicini a noi si trovano indicati nella letteratura più frequenti i casi di guarigione definitiva (1). Nella 1.ª edizione di questo trattato anch' io riferivo che di 16 estirpazioni vaginali per cancro fatte fino alla metà del 1884, in 8, cioè nel 50 per cento, la guarigione durava già da 2 anni e mezzo.

Il numero delle estirpazioni vaginali è da allora considerevolmente cresciuto. Su 131 estirpazioni totali per la vagina fatte nel mio Istituto fino alla metà di Gennaio del 1887, delle quali 9 da Düvelius, le altre da me, l'operazione fu fatta 94 volte per cancro, 66 volte coll'utero fu esportata tutta la massa neoplastica: 28 volte, rimosso l'utero, rimasero però traccie del male già in corso di diffusione, essendosi riscontrate durante l' operazione delle ghiandole infiltrate più o meno lontane, o delle infiltrazioni laterali che non si poterono asportare. Nel 1.º gruppo di 66 operazioni radicali, 11 soccombettero sotto l'influenza dell' operazione. Fra le 55 sopravvissute ho notizie attendibili solo di 44, perchè le ultime operate dopo la fine del 1885 non possono naturalmente entrare nel computo. Di queste 44, 31 non hanno avuto recidiva, 13 invece ne furono colpite. Ciò dà adunque un risultato finale di più del 70 per cento di guarigioni del cancro coll'esportazione totale.

Il risultato finale (2) è esposto anno per anno nella seguente tabella:

Ablazione totale dell utero per la vagina, per cancro limitato, esclusi i casi di morte dovuti all' operazione.

Anno dell' Operazione	Cancroide della porzione vaginale			Cancro del collo			Cancro del corpo		
	Numero	di questi alla fine del 1886 erano		Numero	di questi alla fine del 1886 erano		Numero	di questi alla fine del 1886 erano	
		sane	recid.		sane	recid.		sane	recid.
1880 . .	—	—	—	2	1 (3)	1	1	1	—
1881 . .	—	—	—	6	2	4	1	1	—
1882 . .	—	—	—	6	2 (4)	4	5	4	1 (5)
1883 . .	—	—	—	2	2	—	3	3	—
1884 . .	2	2	—	4	4	—	2	2	—
1885 . .	1	—	1	8	6	2	1	1	—
Somma	3	2	1	28	17	11	13	12	1
1886 . .	1	—	—	7	—	—	—	—	—
1887 . .	1	—	—	2	—	—	1	—	—

(1) Vedi anche Pawlik, Wiener Klinik 12 Dic. 1882.
(2) Vedi Società di Ostetr. e Ginec. in Berlino 1887, 14 Gennaio.
(3) Morta 1 ½ anno dopo l'operazione per tisi polmonare.
(4) Morta dopo 3 ½ anni dall'operazione per tisi polmonare.
(5) Morta 4 anni dopo l'operazione per cancro dell'ovaio.

Fra le recidivate figurano 2 operate di estirpazione vaginale per cancroide della porzione vaginale. Bisogna dunque ammettere che nemmeno nel cancroide l'ablazione totale non garantisce sempre dalle recidive. Fin a quando possa durare lo stato di latenza prima dell'irrompere di una recidiva non è ancora ben noto; certo è che il maggior numero dei cancri del collo recidivano entro il primo anno.

Essendo all'oscuro sull'eziologia del cancro, tanto più lo saremo in quanto concerne la profilassi; però mi pare che, appunto in riguardo alla possibilità di una degenerazione maligna, sarà buona cosa combattere tutti gli stati cronici irritativi della mucosa e del parenchima del collo, che tanto spesso vediamo servire di substrato all'affezione carcinomatosa; i catarri cronici, gli infarti, le neoformazioni della porzione vaginale, anche se ai loro primi stadî indubbiamente benigni, dovranno essere assoggettati ad una cura attiva, tanto più in quell'età che è più predisposta alle neoplasie maligne. — In vista di uno dei modi d'origine dei tumori maligni, cui abbiamo già accennato, e che mio padre potè stabilire in una serie protratta di osservazioni, e che ho avuto anch'io occasione di constatare più di una volta nella pratica, ho sconsigliato molte volte dal passare a seconde nozze donne rimaste vedove di un primo marito sifilitico.

La terapia del cancro del collo non deve consistere solo nella distruzione del neoplasma, ma deve proporsi di rimuovere il substrato dal quale ebbe origine. Non intendo di dare qui un giudizio sui diversi precetti per raggiungere questo scopo, che si trovano spesso raccomandati nei trattati.

Basandomi sulla esperienza che ho acquistato, ho rinunciato oramai completamente all'uso di ogni cauterizzione e del ferro rovente in qualsiasi forma, anche nelle affezioni ancora localizzate; credo che una cauterizzazione, per quanto profonda, non possa dare un esito duraturo nemmeno nei primi stadî. Finchè mi ostinavo a trattare in questo modo i carcinomi circoscritti, venne sempre una recidiva a sventare la sperata sicurezza dell'esito. Anche l'amputazione del collo, estesa a tutto il collo, secondo i precetti di Schröder (1), non mi ha dato alcun buon risultato in un numero non piccolo di casi. Su 28 donne che ho operato con questo metodo, solo due durarono sane per più di un anno, per poi soccombere rapidamente al male, per quanto io mi affrettassi ad escidere ampiamente ed a distruggere il rimanente neoplasma.

(1) Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Vol. 3.° p. 419, e vol. 6.° pag. 213. Al congresso del 1886 in Berlino Hofmeier ha presentati in un brillante riassunto i risultati della statistica di Schröder, in favore di una operazione parziale nei cancri della porzione vaginale. L'esperienza mia ultima, per quanto riguarda una operazione parziale di cancroide del collo, risale all'estate del 1885. La donna era gravida al 5.° mese e insisteva perchè non fosse interrotta la gravidanza. Dopo due mesi la recidiva era manifesta, e procedette così rapidamente che in poche settimane si dovette rinunciare ad ogni possibilità di intervento radicale.

Riguardo alla necessità dell' estirpazione totale nel cancro della mucosa cervicale e nel cancro infiltrato del collo, non si può nemmeno elevare un dubbio. Ma anche nel cancroide della porzione vaginale sembra per consenso di parecchi che ogni altra cura sia troppo malsicura.

Per quanto sia duro, dato un semplice cancroide della porzione vaginale, il dover rinunciare alla speranza di conservare l'utero, almeno nella sua parte essenziale, e di lasciare così intatte le facoltà riproduttive, io però sono convinto che l'esperienza renderà sempre più evidente la necessità di una ablazione totale per conservare in vita la paziente. Non disconosco la gravità di una simile decisione nel caso di affezione limitata al collo; ma trovo una completa giustificazione di questa condotta nella considerazione degli stati tormentosi che più volte vidi verificarsi all' apparire di una recidiva nei miei molteplici tentativi di operazione parziale.

Perciò io consiglio, negli stadî iniziali di qualsiasi forma cancerosa del collo, di mettere subito in campo l'eventualità di una cura radicale, e di attuarla immediatamente non appena si abbia la conferma della diagnosi dall'esame microscopico. All'amputazione infra e sopravaginale del collo ricorro soltanto per procurarmi nei casi dubbî il materiale necessario per una diagnosi; non appena questa è assodata, procedo all'asportazione dell'utero per la vagina, subito se è possibile, o al più tardi appena si manifestano le prime traccie di recidiva.

Nel maggior numero dei casi il cancro del collo capita all' esame del medico in uno stadio in cui l' operazione radicale non darebbe più speranza alcuna di riuscita. Sia per l' invasione della vagina ed organi vicini, sia per la diffusione ai legamenti larghi, e specialmente per il trapiantamento nelle ghiandole sottoperitoneali, che si atteggiano a corona di rosario, è giuocoforza rinunciare ad ogni progetto di cura radicale. L' insistere in queste condizioni nell'esportazione dell' utero è un errore, non solo perchè le speranze di una guarigione radicale sono assai menomate, ma anche perchè, qualunque sia il processo, quando il male è così avanzato l'operazione riesce assai ardua, ed i pericoli sono incomparabilmente maggiori che non ad utero mobile. Su 28 casi di tentata esportazione totale per cancro diffuso in alto al disopra dell'utero, 18 delle mie pazienti non sopravvissero alle conseguenze dell'atto operativo, che aveva lasciato indietro solo piccole porzioni del male, e vennero a morire nei primi 14 giorni sia per l' estensione del trauma, sia per forme settiche, sia per anemia grave o cachessia. Appunto in questi casi vengono facilmente in scena profusissime emorragie, ed il frenarle torna assai difficile per la fragilità estrema del tessuto ove si dovrebbero portare le legature.

Il valore dei risultati da me ottenuti si mette in piena evidenza, se si pensa invece che su 66 estirpazioni complete io non ebbi che 11 morte.

In vista della circostanza poco incoraggiante che il maggior numero delle cancerose si sottopone troppo tardi alle cure dell' uomo dell' arte, si affaccia la questione se in questi cancri del collo si possa fare ancora qualche cosa di più attivo di una semplice cura sintomatica coi soliti narcotici, astringenti e disinfettanti. Io non esito a rispondere affermativamente e, dato anche sia piccolissimo il numero delle donne salvate così per un certo tempo, non ci sembrerà fatica inutile, perchè la cura operativa è ancor quella che è meglio in grado di ovviare ai sintomi di questi casi così detti inoperabili, ed in ogni modo è più atta a rialzare lo spirito depresso di queste infelici, che non una prescrizione puramente medica.

Quando bisogna rinunciare a qualsiasi cura radicale, terremo di vista specialmente i tre sintomi principali, l'emorragia, lo scolo fetente ed i dolori. L'emorragia dalla massa del tessuto affetto ed infiltrato si presenta con abbondanza assai varia, ora in forma di un semplice gemizio di un liquame tinto in sanguigno, ora di voluminosi coaguli di sangue, commisti a frammenti di tessuto canceroso. Io sono convinto che l' unico modo per frenare queste emorragie sta nel distruggere la superficie del neoplasma, e farsi così strada alla base infiltrata. Anche per combattere la disgregazione saniosa del neoplasma è indispensabile metterne allo scoperto la base. È sorprendente anche il vedere la scomparsa dei dolori, spesso da lungo tempo ribelli alla morfina, non appena si siano demolite le masse vegetanti.

Per distruggere il neoplasma e mettere a nudo la zona di infiltrazione, ci possiamo servire del cucchiaio tagliente, o della punta delle dita, oppure di bistorì e forbici. L' emorragia è raramente abbondante: in alcuni casi l'esportazione delle masse iperplastiche è quasi incruenta; ma per limitare anche queste emorragie è utile far passare nei fornici attorno al collo delle legature in massa in via profilattica. Per far ciò si mette la paziente in posizione dorso sacrale, prima di incominciare l'ablazione delle masse maligne. Queste legature devono sempre essere strette con molta forza, perchè spesso il laccio abbraccia una massa ragguardevole di tessuto. Una volta legate d'ambo i lati le arterie uterine, si può compiere con tutta calma un radicale svuotamento del cancro del collo. In altri casi basta mettere nei fornici tutt'attorno alla portio una serie continua di punti, alla maggior possibile profondità. L'emorragia cessa allora immediatamente, e si può compiere il raschiamento o l' escisione nella misura richiesta dal male.

Se è possibile, dopo il raschiamento io suturo le pareti della cavità allo scopo di renderla innocua. La sutura del moncone uterino si può fare in due modi. Si tira in basso il moncone, e si impiantano gli aghi dall'orlo della ferita vaginale, passando sotto a tutta la superficie cruenta fino al moncone. La ferita così limitata vien chiusa stringendo energi-

camente i fili; si viene così ad affrontare il margine dell'orificio uterino col margine della ferita vaginale (fig. 143 aa,). Analogamente si possono riunire tutt' intorno al collo i margini della soluzione di continuo per mezzo di fili profondi; le parti che non sono suscettibili di esser portate a contatto col moncone, vengono per lo meno strette fortemente fra di loro.

Questo genere di sutura presuppone sempre una certa mobilità del corpo dell'utero. Se la mobilità non è sufficiente, si può ancora tentare una specie di sutura, riunendo alla meglio in vagina i margini della ferita in direzione orizzontale e portandoli a contatto col moncone. — Ad ogni modo questo genere di sutura presuppone sempre una certa pratica nell'applicare le suture: pratica che è tanto più necessaria, in quanto che si ha spesso a lottare con gravissime emorragie. Per la sutura io mi servo o dei soliti aghi così detti da fistola, o di robusti aghi a forte curvatura, che, come tutti gli altri aghi, io maneggio col semplice port' aghi di Langenbeck. Comincio di solito col mettere in posto tutti i fili che passano sotto all'intera superficie e fuoriescono dal moncone uterino, e prima di serrarli spolvero tutta la ferita con iodoformio. In casi relativamente favorevoli si ottiene un moncone saldamente fissato fra gli organi vicini, e che guarisce di regola senza incidenti.

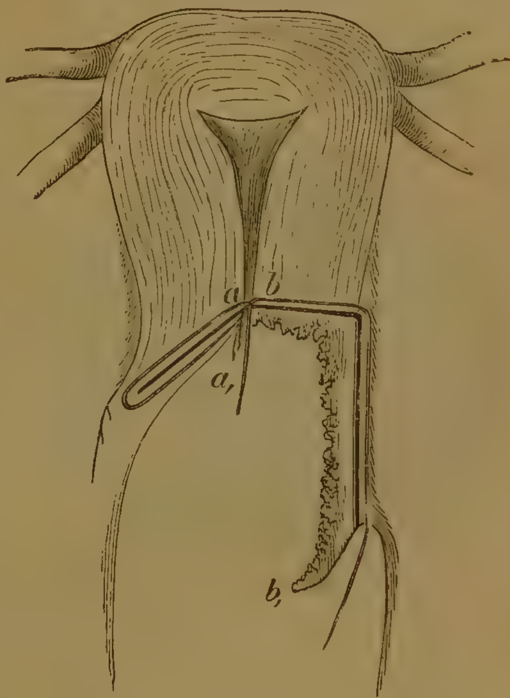


Fig. 143. — Escisione di un cancro del collo, così detto inoperabile, con sutura. *ab*, margini del canale cervicale sul moncone. *a'b'* margini verso la vagina.

Spesso rimane scoperta porzione della cavità: si può esser contenti se, colla sutura nei dintorni di questi punti scoperti, si riesce a fermare completamente l'emorragia. Queste cavità di solito le cospargo di iodoformio, o le tocco col percloruro di ferro, per poi tamponarle con cotone all'acido salicilico.

L'altro metodo di sutura piglia punto d'appoggio in tutto il connettivo pelvico, che si viene ad abbracciare in grande estensione mediante punti da materassaio. Se cioè la mobilità è tanto limitata da non potersi eseguire una sutura col moncone uterino, nemmeno parzialmente, cosa che in questi casi può bonissimo accadere, e se la cavità a

pareti rigide è immobile e fissa nel profondo della vagina, io ho adottato in questi ultimi anni un trattamento della ferita con sutura, da preferirsi a tutti gli altri metodi di emostasi. In vagina tutt'intorno al profondo cratere, concentricamente al canale uterino, applico dei punti robusti in modo da formare una linea continua sulle pareti anteriore, posteriore e laterali della vagina (fig. 144).

Se è possibile porre questi punti all'infuori del campo d'infiltrazione, l'efficacia ne è maggiore; se questa sutura non si può fare, faccio passare i fili attraverso alla zona infiltrata, per quanto incerto debba riuscir dopo lo stringerli.

La cavità rimasta beante, cosparsa di iodoformio o di percloruro di ferro, vien poi tamponata con cotone.



Fig. 144. — Sutura dei fornici.

In queste suture tralascio per lo più di accorciare i fili, per aver su di essi un punto di presa in caso di una emorragia consecutiva. La massa dei fili si adagia sulla cavità tamponata, e si termina con ulteriore tamponamento della vagina con cotone. Mi servo di cotone preparato, che fra tutti i materiali è per me quello che presenta minori inconvenienti. I tentativi con iuta, garza e con crine vegetale mi hanno dato risultati meno soddisfacenti, per cui sono tornato definitivamente all'uso del cotone.

La cura consecutiva è della massima semplicità. Nei casi in cui il moncone fu completamente rivestito di mucosa, tengo a riposo le pazienti per otto o dieci giorni, togliendo al secondo o al più tardi al terzo giorno i tamponi vaginali; poi a poco a poco si tolgono i punti.

In questo frattempo si tiene la donna a letto, si praticano lavature disinfettanti, si cura opportunamente la nutrizione, cercando di dare alimenti sostanziosi. Se insorgono dolori, si ricorre alla vescica di ghiaccio o alle iniezioni di morfina.

Se la cavità fu tamponata con cotone, lo si lascia per due giorni, poi lo si toglie, e solo nei casi di spiccata tendenza alle emorragie si applica un nuovo tamponamento; in tutti gli altri casi si riporta la donna nel suo letto senz'altra medicazione, e la si lascia così per cinque o sei giorni, continuando le irrigazioni disinfettanti, prima di eccitare la cicatrizzazione della ferita toccando il moncone con tintura di iodio o percloruro di ferro, o ricoprendolo con cotone al sublimato o con batuffoli all'iodoformio.

Certo nei cancri così avanzati è abbastanza frequente veder accennarsi una recidiva prima che sia avvenuta la cicatrizzazione completa. Solo in caso di forte emorragia e profusa secrezione mi decido a ripetere immediatamente il raschiamento e la cauterizzazione. Non di rado, e questo mi pare un risultato non disprezzabile nella cura dei cancri così detti inoperabili, la recidiva assume la forma di nodosità o di infiltrazione diffusa, al disotto della superficie che rimane integra, sicchè la paziente vien poi a soccombere, senza che in vagina si sieno riprodotte le ulcerazioni. In questo modo mi è riuscito varie volte di liberare queste infelici pel tempo che loro rimane di vita dalle emorragie, dalle perdite, e talvolta anche dai dolori.

L'odore detestabile della profusa secrezione non si può sempre cancellare coll' iodoformio o col sublimato; molto più efficaci riescono le irrigazioni con acqua ossigenata (3 $^0/_0$) e timol (1 $^0/_{00}$).

Nel parlare di una cura operativa di questi carcinomi che non si possono più esportare radicalmente, mi guida da una parte il riguardo alle sofferenze delle pazienti, dall'altra l'osservazione fatta che l' intervento operativo limita sotto certi rapporti la diffusione del male.

Rinuncio a questo intervento solo nel caso in cui l' infiltrazione siasi spinta fin contro la vescica od il retto, e non si abbia la sicurezza di poter evitare questi organi nell' operazione. Le ferite del peritoneo in questi casi non mi preoccupano molto, e più di una volta sono riescito ad evitare ogni cattiva conseguenza, sia suturando immediatamente la ferita, sia mettendo un drenaggio verso la vagina.

Nei casi di infiltrazione più avanzata non resta che l' uso di irrigazioni con aggiunta di acido pirolegnoso, di percloruro di ferro, di sublimato, di acido fenico e simili, oltre all' ampio uso di iodoformio, morfina, ecc. Anche i semicupì tiepidi e le irrigazioni rettali possono contribuire ad alleviare le sofferenze.

Se solo ora passo alla cura più usitata, credo, nei carcinomi inoperabili, cioè quella coi caustici, non è che io voglia respingere in massima i metodi suggeriti a questo riguardo. Anzi ho anch'io una pratica estesisissima dell' uso tanto del cauterio potenzia,le che dell' attuale. I risultati sono a tutta prima generalmente soddisfacenti, e la loro applizione è in un gran numero di casi relativamente assai più facile che non il procedimento da me consigliato. Ma per diversi motivi ho dovuto abbandonare l'uso del cauterio.

In primo luogo talvolta ho incontrato una grave difficoltà nel dominare immediatamente con questi mezzi l'emorragia, anzi per la perdita di sangue durante o poco dopo l' operazione si ebbero non di rado fenomeni assai minacciosi; due volte all' acme di questa anemia seguì la morte. Da che ricorro alla sutura non ho mai avuto nè perdite rilevanti durante l'operazione, nè minacciose emorragie consecutive. In secondo

luogo l'uso del caustico ha con sè la grande difficoltà, che noi non possiamo rigorosamente limitarne l'azione. Così mi è accaduto più d'una volta, specialmente colle cauterizzazioni al cloruro di zinco, di vedere nel decorso della convalescenza palesarsi delle lesioni del retto e della vescica, che venivano a peggiorare il male assai più di quello che presumibilmente sarebbe accaduto lasciando le cose a sè. In terzo luogo la cicatrizzazione è molto più rapida e completa dopo la sutura, stando alle mie osservazioni.

Alcuni anni fa ci giunsero dall'America notizie tanto sorprendenti sulla cura elettrolitica dei carcinomi (1), che io credetti un dovere di sottoporre alla prova queste affermazioni. Ho perciò sottoposto alla cura coll'elettrolisi un numero ragguardevole di cancri; il risultato finale fu sempre assolutamente negativo, sicchè ho desistito da ulteriori tentativi in questa direzione.

La complicazione della gravidanza col cancro giustifica a mio parere l'esportazione totale dell'utero, solo quando il cancro si possa ancora portar via completamente (2). Allora credo sia indicata l'estirpazione dell'utero coll'uovo. Una operazione palliativa per un cancro così detto inoperabile in una gravida mi sembra giustificata solo quando la gravida versa in condizioni intollerabili per l'emorragia, per lo scolo e pei dolori. Certo che la continuazione della gravidanza viene così seriamente minacciata, poichè assieme ai rari casi di completa indifferenza dell'utero verso questi atti operativi, in una percentuale elevata si ebbe per l'operazione sul collo l'espulsione dell'uovo (3). Alla fine della gravidanza la terapia si regolerà sull'estensione del cancro al collo. Se è limitato, il parto può ancora effettuarsi per le vie naturali, ed anche data una affezione molto avanzata, si è constatato qualche volta un rilasciamento inaspettato dei tessuti colpiti, che non pongono allora più ostacolo all'espulsione naturale. Ma se tutti gli organi pelvici sono interessati nel male, se il passaggio del feto non può avvenire senza profonde contusioni delle parti molli del bacino, allora preferisco il taglio cesareo, il quale, praticato in epoca di elezione e coi necessarì preparativi, offre una prognosi assai migliore per la madre e per il feto.

II. Cancro del corpo.

Colla frequenza del cancro del collo fa contrasto la rarità relativa del cancro del corpo; è certo però che le cifre che si riportavano un tempo erano assai al disotto del vero, perchè, dopo che nell'esame di

---

(1) American Journal of. Obstetrics 1881.

(2) Per tale indicazione io non ho ancora avuto occasione di operare. Una di queste pazienti si rifiutò all'operazione (Vedi anche Gordes, Schwangerschaft und Neubildung, Zeitschrift f Geb. u. Gyn. XX.

(3) Benicke, Zeitsch. f. Geb. u. Gyn, I — Frommel, Zeitschrift. V. p. 158 — Stratz Zeitsch XII.

particelle ottenute col raschiamento si ha un esatto metodo diagnostico, è aumentato con proporzioni notevoli il numero dei casi di questo genere.

Il cancro del corpo è molto più comune nelle donne attempate, verso l'età critica: assai raramente se ne trovano dei casi prima dei 30 anni. Lo si trova con una certa frequenza in vecchie che clinicamente si potrebbero riputare sane, donne che hanno superato senz'ombra di disturbo l'involuzione senile, e ad un tratto senza causa apprezzabile vedono accennarsi di nuovo delle perdite sanguigne. Particolarità questa che ci spiega in parte il fatto, che il cancro del corpo è relativamente più frequente nelle nullipare, che non in donne che hanno partorito.



Fig. 145. — Cancro del corpo. Isterectomia il 18 Febbraio 1882.

Dal punto di vista anatomo patologico si sa che il cancro del corpo quasi sempre, se non sempre, ha origine dall' apparato ghiandolare, sia questo o no alterato (1). Certo che qualche volta lo si vede susseguire ad una endometrite ghiandolare, dal che questa affezione ritrae un particolare interesse (fig. 145 e 146). Appunto qui fu ripetutamente constatato al microscopio il passaggio dall'adenoma al carcinoma. Di solito il cancro del corpo si comporta come una infiltrazione diffusa; raramente dà luogo a forti prominenze circoscritte, cioè ad una forma poliposa. Nell'ulteriore sviluppo è caratteristica pel cancro del corpo la rapida mortificazione a cui vanno incontro i tessuti infiltrati, in causa dell'insorgenza in seno ad essi di profonde ulcerazioni e corrosioni. Per

(1) Ruge e Veit. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. VI. 261, e Veit, Deutsche Med. Wochenschr. 1883.

questa via la diffusione del cancro cammina assai rapida verso il peritoneo, e lo invade prima che siasi esteso in basso fino al collo e siasi così reso accessibile al dito esploratore (fig. 146). Un caso del genere, molto caratteristico l'ho presentato nel Giugno 1886 alla Società di Ostetricia e Ginecologia in Berlino.



Fig. 146. — Il preparato della figura antecedente in sezione trasversale.

I sintomi del cancro del corpo sono l'emorragia e l'aumento di secrezione. L'emorragia nelle donne meno vecchie può presentare anche il tipo mestruale; nelle più attempate si palesa nella colorazione rossastra della secrezione, od anche in una vera perdita copiosa di sangue. La secrezione in principio si differenzia poco da quella dell'endometrite; più tardi assume un fetore caratteristico e contiene spesso particelle più o meno voluminose della superficie ulcerata. La secrezione può esser trattenuta nel corpo o nel collo, e dar luogo qui ad ampie raccolte, senza per questo trasportare su questi punti la affezione maligna. I dolori non dipendono tanto dall'estensione del male in sè, quanto dal fatto che per l'infiltrazione l'utero non può facilmente evacuarsi dal suo contenuto mentre d'altra parte il male invade il peritoneo, e questa invasione dà luogo a sintomi di irritazione peritoneale, poi ad aderenze cogli organi vicini.

Nessuno dei sintomi clinici è sufficiente per assicurare la diagnosi di cancro del collo. Certo è cosa che deve richiamare l'attenzione il vedere dopo la menopausa ripresentarsi delle perdite sanguigne atipiche. Se con un collo sano troviamo il corpo un po' ingrossato, di una speciale mollezza, sensibile; se dal corpo fluisce uno scolo che va aumentando in quantità e che è dotato di cattivo odore; se eventualmente si

trovano alla superficie dell'utero degli ispessimenti nodosi od una infil-

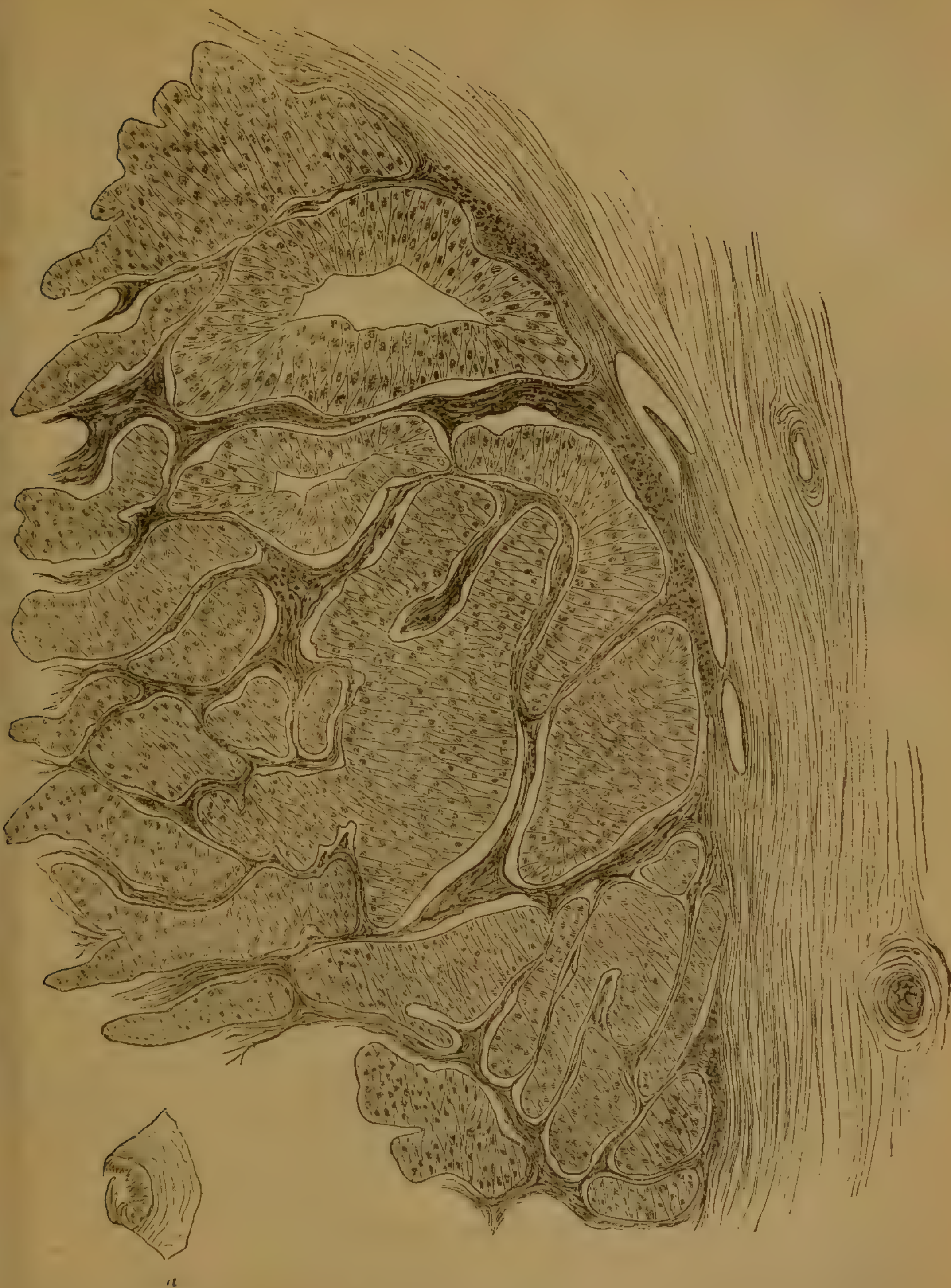


Fig. 147. — Aspetto microscopico secondo Ruge e Veit — *a* grandezza naturale del preparato.

trazione estesa, si potrà sospettare di un cancro del corpo: la certezza assoluta si acquista solo coll'esame microscopico dei prodotti del raschia-

mento (fig. 147). Nel raschiamento si userà estrema prudenza, perchè i tessuti infiltrati e mortificati ove si impianta il carcinoma, sono facili a lacerarsi, e si stabilirebbe allora fra l'utero ed il cavo addominale una comunicazione, che di solito accelera assai la catastrofe finale, a meno che per l'interessamento del peritoneo l'utero abbia contratto aderenze cogli organi vicini, e sia tolta ogni comunicazione fra il punto leso e la cavità addominale.

La terapia del cancro del corpo non può consistere che nel rimuovere il tessuto affetto. Finchè il male non si è ancora diffuso, resta la scelta fra l'estirpazione vaginale dell'utero e la sua amputazione sopravaginale. L'estirpazione per la via della vagina in non pochi di questi casi incontra alcune difficoltà, in causa del volume dell' utero malato, o della lacerabilità del tessuto. Vi si aggiunge spesso una considerevole angustia della vagina. Perciò se l'aumento di volume del corpo è notevole, si penserà alla laparotomia con amputazione sopravaginale. Se il male ha già invaso il collo bisognerà, o associare all'amputazione sopravaginale anche l'esportazione della parte alta del collo, o, se non si può fare l'estirpazione totale per la vagina, si farà l' estirpazione alla Freund, cioè l'estirpazione di tutto l'utero dall'alto, oppure del corpo dall'alto, e del collo dal basso. Nei miei casi o riuscì l'estirpazione vaginale, o bastò l'amputazione sopravaginale. Solo tre volte ho eseguito l'operazione del Freund modificata, pur troppo però sempre con esito letale; delle pazienti l'una morì per recidiva nel primo anno, le due altre per collasso. Queste due erano però tanto indebolite per le passate sofferenze e per le gravi perdite sanguigne, che l'operazione fu fatta con poca speranza, come ultimo doveroso tentativo di salvezza.

Il risultato favorevole dell'estirpazione del cancro del corpo trova la sua spiegazione nei rapporti anatomici del corpo stesso. L'unico caso di recidiva si manifestò dopo 4 anni, in forma di degenerazione cancerosa in un ovaio lasciato in posto.

Se la malattia è tanto avanzata da togliere la possibilità di una esportazione radicale, non resta che una cura sintomatica, che per lo più dovrà proporsi di svuotare la cavità uterina, raschiarne con grandi cautele le pareti e, posto allo scoperto il substrato del male, cauterizzarlo, specialmente col percloruro di ferro, per arrestare, foss'anche solo temporariamente, l'emorragia e la secrezione.

c) Sarcoma dell'utero.

Questo neoplasma può colpire l'utero sia in forma di sarcoma della mucosa, sia in forma di sarcoma del parenchima (1). Appartiene però

(1) Schröder, Trattato, p. 280.

sempre ai fatti più eccezionali, e finora sono relativamente assai scarsi i casi conosciuti. Nella mia pratica, alle osservazioni di data più antica devo aggiungerne due recenti; l'una delle pazienti fu da me operata nel febbraio, l'altra nell'ottobre del 1886. Il pezzo patologico che si riferisce al 1.° caso è analogo a quello riportato nella fig. 148, soltanto che il tumore è più voluminoso. Nell'altro caso si tratta della degenerazione sarcomatosa di un mioma esistente già da lungo tempo (vedi Orthmann, Soc. di Ost. e Gin. in Berlino 13 nov. 1886. Centralblatt f. Gyn. n. 50).

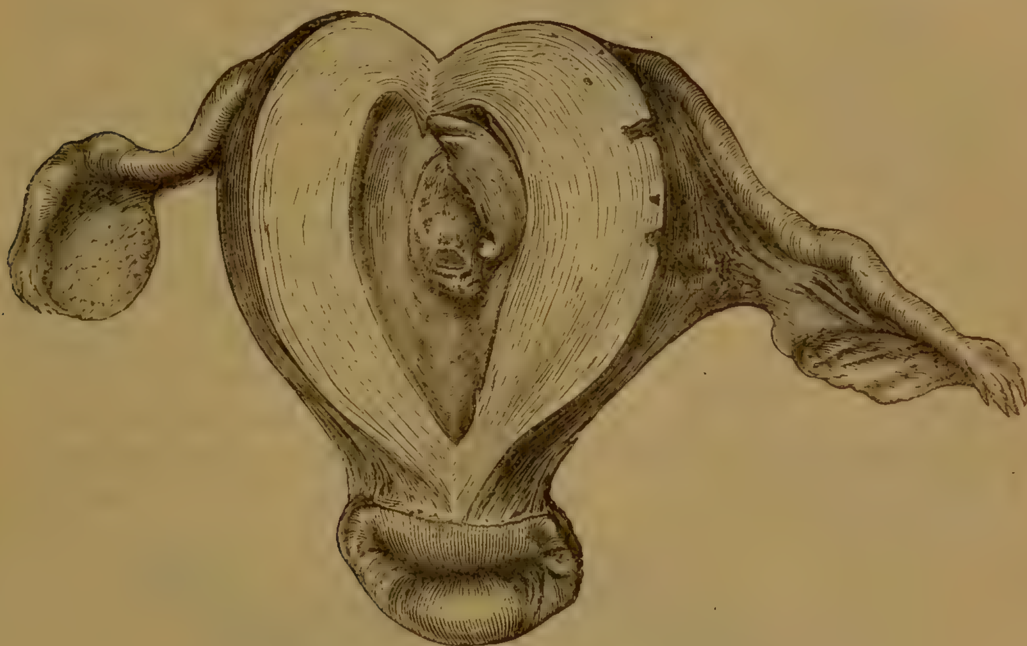


Fig. 148. — Sarcoma del corpo dell'utero. Estirpato il 3 Febbraio 1884.

a) Il sarcoma della mucosa si sviluppa assai precocemente in confronto al carcinoma, con preferenza marcatissima per le nullipare; sembra che esso provenga dalle cellule del connettivo interghiandolare. Per lo più assume la forma di sarcoma parvicellulare, più di rado quella a cellule fusate, formando delle vegetazioni sporgenti nella cavità uterina, che possono dar origine ai sintomi caratteristici dei polipi mucosi. In altri casi il male si estende di più in superficie, e per disfacimento può aversene usura della parete uterina, diffusione al peritoneo ed oltre. I sintomi di questa forma di sarcoma sono le perdite leucorroiche e l'emorragia. Il terzo sintomo delle neoplasie maligne, il dolore, può mancare, ma talvolta occupa invece il primo posto, come in uno dei miei casi. La donna si lamentava di vivo dolore intollerabile al basso ventre, che assumeva un carattere periodico, il solo sintomo che la spinse a farsi operare, mentre l'emorragia e la secrezione erano piuttosto limitate.

Il reperto nel sarcoma poco differisce da quello che si ha nelle altre affezioni maligne. L'utero si trova aumentato di volume, sensibile, il collo beante. Nell'orificio uterino il dito urta contro vegetazioni di particolare consistenza molliccia. Ma anche qui non si incontra nulla di specifico, ed è solo l'esame microscopico che ci fornisce la possibilità di una diagnosi (vedi fig. 150). La diagnosi, specialmente in casi di pregressi aborti, deve essere ben ponderata, tanto più che la prognosi del sarcoma è seriamente riservata.



Fig. 149. — Aspetto parziale del preparato precedente.

La terapia, come nel cancro, deve proporsi l'ablazione di tutto ciò che è malato; eventualmente ci dovremo limitare ad una cura sintomatica colla distruzione del tessuto morboso, per frenare, foss' anche per breve tempo, l'emorragia, la secrezione e i dolori.

b) Il sarcoma del parenchima uterino, detto dallo Schröder *sarcoma*

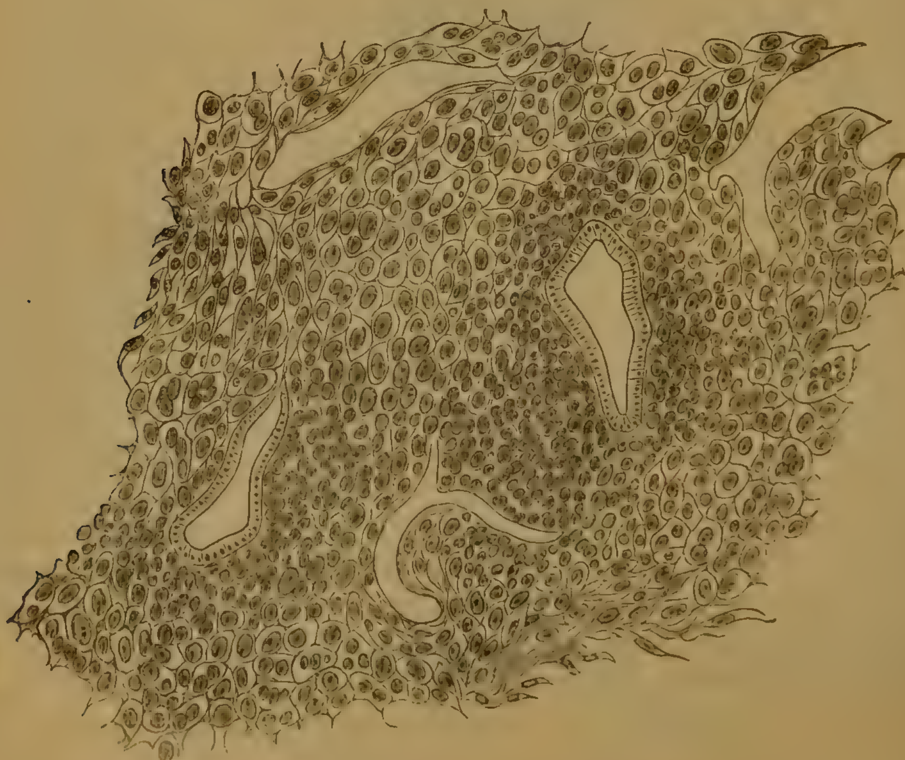


Fig. 150. — Aspetto microscopico del preparato precedente.

fibroide, consiste essenzialmente in una degenerazione sarcomatosa di fibromiomi circoscritti. Due casi da me osservati (vedi sopra) (fig. 148 e 149) constatano in modo esplicito quanto ne dice Schroeder. Questo sarcoma fibroide, al pari del fibromioma, si sviluppa per lo più nel corpo, e al microscopio nei primi stadî non lascia distinguere altro che le modificazioni proprie dei fibroidi. I tumori che ne risultano vengono a trovarsi al disotto della mucosa, la sollevano al pari dei polipi; hanno una sezione bianca, omogenea, umida, lucente e si continuano per un largo peduncolo col parenchima uterino.

La degenerazione maligna può anche svolgersi in polipi fibrosi a peduncolo sottile. Al microscopio vi si trovano cellule rotonde o fusate fra gli elementi fibromiomatosi e le ghiandole (fig. 150). Le cellule proliferate si trovano anche riunite in grossi mucchi. Anche per questa forma sono caratteristiche l'emorragia e lo scolo fetido, nonchè il rapido accrescimento del tumore. Come nei polipi, vi possono insorgere dei dolori, cosicchè anche nelle manifestazioni esterne questa forma di sarcoma si approssima spesso al fibroide.

La terapia è la stessa cha si adotta negli altri neoplasmi maligni.

d) Tubercolosi dell'utero.

La tubercolosi dell'utero non offre per sè fenomeni salienti o caratteristici. Questa sede di localizzazione della tubercolosi è rara in confronto con altri organi (vedi: malattie tubercolari della tuba). Per la diagnosi ha importanza decisiva l'eventuale reperto dei bacilli.

IV. Operazioni sulla vagina.

1. Fistole vescico-vaginali.

Le comunicazioni fra la vescica ed il canal genitale sono quasi sempre una conseguenza di traumi verificatisi nell'atto del parto. È rarissimo che si tratti di perforazioni immediate della parete vaginale, dovute ad intervento operativo; assai più comunemente nel decorso del parto si determina in essa parete una necrosi da compressione, che dopo parecchi giorni, per caduta del tessuto necrosato, porta alla formazione di una fistola.

Contrariamente all' opinione più divulgata in passato, si ammette oggidì dalla maggior parte degli autori che le fistole siano di solito da mettersi in conto degli spontanei processi del parto, e che specialmente la compressione a lungo protratta del feto sulla parete pelvica anteriore sia la causa della necrosi dei tessuti strozzati e contusi, dietro e sopra la sinfisi. Concorda con questa ipotesi l' osservazione che le fistole sono più frequenti in quei distretti, ove per deficienza di personale medico le partorienti sono più esposte ad una eccessiva durata di un travaglio laborioso. È indubitato che una pressione anche violenta, ma di breve durata, dà molto meno facilmente origine ad una necrosi tanto profonda, da risultarne una comunicazione colla vescica. Fra le altre cause che possono dar luogo allo stabilirsi di una fistola, noto l'uso dei pessarii, specialmente del pessario di Zwanck dal quale finora ho già veduto 5 volte causata una fistola; poi le malattie della vescica per presenza di calcoli, e le ulcerazioni della vescica. Anche una ulcerazione nel canal genitale può portare alla formazione di una fistola: un modo non affatto raro di insorgenza lo abbiamo nella distruzione della parete vaginale per la presenza di un cancro.

Durante il parto la vescica è portata tanto in alto e fuori dal piccolo bacino, che per lo più è solo il suo segmento inferiore che viene a trovarsi dietro la sinfisi, là dove la testa fetale è in grado di esercitare la compressione. Sono eccezionali i casi in cui la vescica si trova con un segmento più ampio della sua parete posteriore nel campo di questa compressione, nonchè quelli in cui viene colpita l'uretra più in basso del

suo orificio interno. Da parte del canal genitale è appena da tenersi conto del corpo dell'utero: anzi, in vista dei rapporti tra vescica e cervice uterina, è solo in condizioni patologiche che si potrà ammettere l'insorgenza di una comunicazione tra il corpo e la vescica. Anche il collo, ad eccezione delle sue labbra, assai raramente corre il pericolo di venir contuso: più frequentemente la compressione interessa il fornice vaginale e la parete anteriore della vagina in tutta la sua estensione. L'uretere è ben difficile che capiti nella zona compressa, e che pigli perciò parte alla necrosi ed alla formazione della fistola.

Le fistole, in causa degli irregolari stiramenti che i tessuti subiscono durante il parto, si trovano ora sulla linea mediana, ora lateralmente: il loro decorso per lo più è brevissimo, i margini presentano retrazione cicatriziale, il lume dell'apertura può oscillare tra la grossezza di un capello e l'ampiezza di un foro occupante tutta la parete vaginale. Per la retrazione cicatriziale le fistole assumono le più strane e diverse forme. Di solito la mucosa vescicale si caccia nel lume della fistola, se appena questa è un po' ampia, ed appare allora in vagina come una massa di color rosso vivo, di aspetto vellutato. In alcuni casi l'orina mantiene a lungo la sua normale composizione, nel qual caso anche la mucosa vaginale e la vulva non offrono una rilevante reazione al continuo contatto con questo liquido. In altri casi, specialmente se l'urina si altera, determina una intensa reazione nelle parti che essa bagna: da ciò anche estese ulcerazioni e perdite di sostanza, con deposito di sali urici e formazione talvolta di incrostazioni diffuse.

L'importanza clinica di una fistola è assai variabile, a seconda della sua sede. La forma più comune, da quanto si disse, è la fistola *vescico-vaginale* (fig. 151). Questa fistola può essere rotonda od ovale, od anche in forma di fessura: il canale fistoloso è brevissimo, i margini assai assottigliati. La fistola decorre obliquamente nello spessore del setto vescico-vaginale. In altri casi la si trova nel fornice, immediatamente a ridosso del collo (fistola *vescico-vaginale profonda*) (fig. 152). Assai più irregolari nel decorso e nei margini sono le fistole cui piglia parte l'utero. In queste fistole *vescico-utero-vaginali* (fig. 153) può il labbro anteriore essere profondamente squarciato, od anche può la fistola sboccare profondamente nel collo ed essere conservata la forma dell'orificio esterno.

Le fistole *vescico-cervicali* non sono poi così rare, come si potrebbe desumere dalla scarsa letteratura in proposito (fig. 154). In un numero non piccolo di parti difficili per stenosi pelvica, sentiamo le puerpere lamentarsi di incontinenza vescicale, e di scolo dell'urina per la vagina. È allora difficile stabilire se l'alterazione del secreto lochiale per miscela di urina dipenda da sgocciolìo involontario per incontinenza uretrale, o da vera perdita attraverso ad una fistola. Per intanto la lentezza della convalescenza in questi parti laboriosi fa parere inopportuno

il togliere subito le pazienti dal letto per constatare le circostanze di fatto. Dopo 4-6 giorni i disturbi scompaiono, del resto si è sempre os-

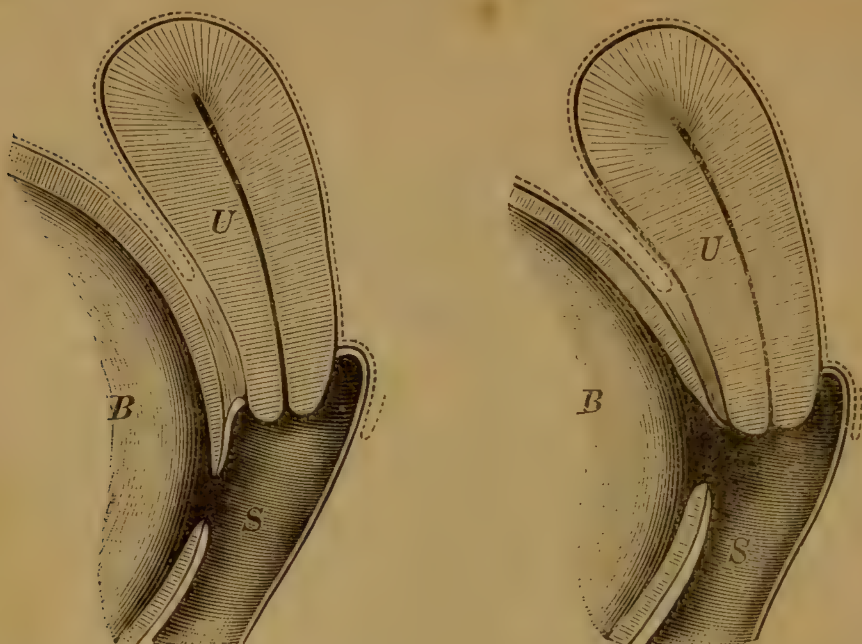


Fig. 151 e 152. — Da Schröder; B vescica, S vagina, U utero.

servata l'emissione per l'uretra di una certa quantità d'urina. Quando

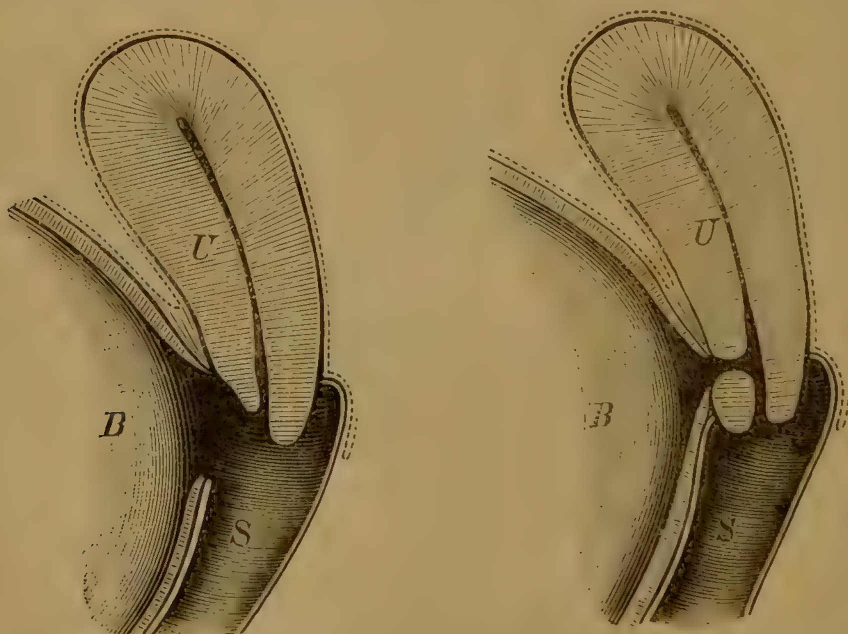


Fig. 153 e 154. — Da Schröder.

poi la donna lascia il letto non si lamenta più di alcun inconveniente. È verosimile che lo sgocciolìo di urina in questi casi sia appunto da

riferire ad un trauma del genere indicato. Queste fistole vescico-cervicali hanno appunto, io ne sono convinto, una particolare disposizione alla guarigione spontanea, poichè per l'involuzione del collo, per l'inspessimento delle sue pareti, per i mutamenti di posizione dell' utero puerperale, il canale fistoloso viene ad essere deviato ed occluso: ciò mette sulla via di una guarigione spontanea.

Le lesioni dell' uretra per lo più sono fatti concomitanti le lesioni del setto vescico-vaginale: ma l'uretra può venirne distrutta in grande estensione, ed occludersi anche quel tratto che ne rimane, sicchè l' uretra non è più rappresentata che da un canaletto a fondo cieco (fig. 155).



Fig. 155. — Fistola uretro-vaginale.

Aderenze e stiramenti possono subire anche la vescica e la vagina, sicchè la forma di questi organi ne viene alterata nel modo più irregolare, e non di rado il parto laborioso che ha dato origine all' abnorme comunicazione porta ad occlusione del lume vaginale, a concrescimento degli organi vicini e ad estese stenosi cicatriziali.

Negli ultimi tempi ho osservato due casi di fistola *uretrale* successiva a colporrafia, senza che nulla nel decorso della convalescenza facesse sospettare di una lesione durante l'operazione, neppure per una puntura d'ago: le due donne assai avanzate in età, che ambedue si facevano notare per la spiccata mancanza di adipe ai genitali, presentarono una ulcerazione al tubercolo uretrale che terminò colla formazione di una fistola.

Le fistole *ureterali* hanno sede in alto nei fornici, a lato del collo. Per lo più sono piccole aperture, che decorrono obliquamente nella parete vaginale. È spesso difficile il metterle in evidenza in mezzo al tessuto cicatriziale che le circonda; si riconoscono perchè l' urina ne esce intermittentemente. Talvolta la retrazione cicatriziale le stira in modo che l'urina esce per la vagina solo in date posizioni del corpo, mentre in altri casi prende quasi sempre questa via.

Sintomo essenziale delle fistole vescico-vaginali è la perdita involontaria delle urine. È raro che essa si manifesti subito dopo il parto, più spesso dal terzo al quinto giorno. Parecchie volte l' urina trattenuta in condizioni normali, scola per la vagina solo in date posizioni del corpo. Talvolta la perdita involontaria si presenta saltuariamente in certi giorni, mentre in altri viene evacuata tutta per l'uretra. Però nelle fistole più ampie tutta l'urina va perduta per la vagina. Dalle fistole uretrali esce l'urina solo durante il mitto, sicchè l'alterazione si fa palese solo in questo momento. Dalle fistole ureterali di solito si versa in vagina una quantità non molto abbondante d urina, mentre l'urina proveniente dall' altro uretere sano passa in vescica, la distende e provoca di tempo in tempo il bisogno di urinare.

Ho già accennato alla varietà degli effetti irritanti locali dell'urina sui tessuti con cui viene a contatto. Per lo più essa in vagina si decompone, e dà luogo al disgustoso odore che ravvolge queste disgraziate donne, e che permette talvolta di stabilire la diagnosi da lontano. Sulla fecondità queste fistole non esercitano sempre un'influenza dannosa: sebbene le coabitazioni siano difficoltate per le nauseanti condizioni dei genitali e pei dolori che vi si determinano, queste donne però possono rimaner gravide e partorire, sempre si intende tenuto calcolo delle condizioni del bacino e delle alterazioni nelle parti molli.

La diagnosi delle fistole vescico-vaginali si può per lo più stabilire immediatamente. Se la comunicazione è piccola, può tornare difficilissimo lo stabilirne l'esistenza: se non vi si riescisse col mettere allo scoperto il fornice mediante uno speculum univalve e divaricando le pareti laterali della vagina, bisognerà ricorrere a minuziose esplorazioni o colla sonda, o con iniezioni di liquidi colorati in vescica, per poter constatare la fistola, e renderla accessibile all' occhio. In altri casi la retrazione cicatriziale chiude la via alla fistola, e per farsi strada fino ad essa ed al fornice bisogna incidere e distendere le briglie neoformate. Particolari difficoltà si possono incontrare nelle fistole vescico-cervicali e nelle ureterali. Nelle prime per lo più si ottiene lo scopo colla sonda: nelle ultime occorre una grande pazienza per poter constatare il caratteristico sgocciolamento dell'urina: si può del resto anche qui stabilire col sondaggio la natura della fistola.

La prognosi non è così infausta come potrebbe credersi; è presumibile che alla nostra osservazione capitino solo quelle tra le fistole, che non guariscono spontaneamente: oppure la guarigione spontanea può ancora avverarsi dopo lunga durata del male in un numero di casi difficile a valutarsi, per retrazione cicatriziale, ravvicinamento dei margini ed obliterazione della fistola.

La guarigione per via operativa si può dire quasi assicurata, spe-

cialmente dopo l'introduzione dello speculum di Sims (1), e sotto l'influenza di Simon (2), sicchè la prognosi è assai migliorata anche per quelle fistole che non guariscono spontaneamente (3).

Terapia. — Nei casi recenti si potrà tentare di favorire la guarigione spontanea della fistola mediante l' uso di un catetere di Nèlaton lasciato a permanenza in vescica. Se la fistola non guarisce così, si potrà ancora tentare la cauterizzazione dei margini della fistola, per provocarne la retrazione ed eventualmente la chiusura completa della fistola. A questo scopo si cauterizza il canale fistoloso, od una zona di parete vaginale per un cent. dal margine della fistola, con nitrato d' argento, tintura di iodio, caustico di Vienna, o col ferro rovente, e la cauterizzazione si ripete in questo modo ad intervallo di diversi giorni.

Non è raro il vedere queste fistole recenti guarire così in 3 a 4 settimane. Solo se tale tentativo non riesce, rinuncio alla possibilità di una guarigione per cauterizzazione, e ricorro al bistorì.

Una condizione indispensabile per l'operazione della fistola è che si possa mettere completamente allo scoperto il suo sbocco in vagina. Perciò si potrà procedere immediatamente all' operazione solo quando non esista una estesa retrazione cicatriziale nel pavimento pelvico. Se una tale retrazione esiste e il lume della vagina ne è reso angusto; se il pavimento è pelvico deviato asimmetricamente e poco distensibile in causa delle cicatrici che si diramano dalla fistola; se non è possibile rendere liberamente accessibili alla vista i margini della fistola, bisogna premettere all'operazione una cura preparatoria. In ogni caso, prima di accingersi all'operazione, bisogna siano guariti gli stati irritativi nei contorni della fistola ed ai genitali esterni, e a ciò gioveranno i semicupii, il riposo a letto, l' aspersione di iodoformio sulle lesioni della vagina, e più che tutto le cure che abbiano per scopo di ristabilire la normale composizione dell'urina. Per rendere accessibili le fistole in caso di aderenze cicatriziali, Bozeman (4) ha introdotto un metodo di preparazione che ha dato risultati straordinarî. Colla dilatazione graduale delle cicatrici, col distacco di aderenze patologiche, e colla metodica adozione dei provvedimenti necessarî a mettere in piena luce il campo della fistola, Bozeman è arrivato a rendere suscettibili di cura un gran numero di fistole vescico-vaginali, la cui guarigione diretta si sarebbe un tempo ritenuta impossibile.

---

(1) Sims ha il merito di aver reso possibile l'accesso diretto alle fistole; in confronto di ciò, il suo metodo di sutura coi fili d'argento passa in seconda linea — *Amer. Journal* of. med. Sciences, Jan. 1852.

(2) Simon coll'esattezza della cruentazione e colla precisione delle suture ha fatto molto per l'operazione delle fistole — Uber die Heilung der Blasenscheidenfistel, Giessen 1845, e Rostock 1862.

(3) Hegar e Kaltenbach, Operative Gynäkologie III.ª Ed. p. 648.

(4) Remarks on vesico-vag. fist. 1856 — Annales de Gynéc. Parigi 1877, p. 108-116.

L'operazione sarà sempre bene eseguirla nella narcosi, e se la fistola è resa normalmente accessibile, si opererà nella posizione dorso-sacrale, mettendo in luce la fistola nel solito modo e coll'aiuto di pinze uncinate e di valve. Si escide il margine della fistola in modo da esportare un anello completo attorno allo sbocco e si rimuovono tutti i tessuti rigidi. La superficie di cruentazione si estende sempre più dal lato della vagina che non da quello della vescica: la mucosa vescicale si esciderà, solo se è interessata anch'essa nella formazione della cicatrice. E a seconda dei casi la incisione dovrà essere più o meno a picco, ed oscillerà anche la quantità di tessuto da esportarsi. La sutura si farà nella direzione che meglio permetta l' affrontamento dei margini della fistola, senza troppo distenderli. Si impianta poi l'ago ad opportuna distanza dal bordo, facendolo passare sotto la superficie cruentata, per farlo risortire di solito al limite tra cruentazione e mucosa vescicale: di lì lo si torna ad impiantare nel punto corrispondente del margine opposto.

È bene collocare tutti i fili prima di passare ad annodarli. Per l'esperienza acquistata in 19 operazioni io credo che sia meno importante l'applicare fitti i fili, che non il conveniente affrontamento con pochi punti disposti a dovere.

Da parte della vagina, per meglio assicurare l' intima riunione dei margini, si potranno applicare altri punti consecutivamente.

In seguito all'operazione si sono proposte delle misure assai diverse Gli uni pongono un catetere a permanenza: altri fanno evacuare di tempo in tempo la vescica col cateterismo, altri infine vorrebbero che l' emissione dell'orina avvenisse in modo spontaneo. Ho fatto tentativi in tutti e tre i sensi, e nei casi di vescica irritabile ho evitato la sonda a permanenza e il cateterismo: le pazienti dovrebbero, appena sia possibile, urinare spontaneamente.

Ho usato il catetere in altri casi, finchè le pazienti per la posizione orizzontale non potevano urinare senza sforzi eccessivi: ed anche ora, quando fosse dimostrata da tentativi precedenti la tolleranza della vescica di fronte al catetere a permanenza, preferirei questo metodo per evacuare l'orina. — La vagina non vien toccata nei primi otto giorni, poi, tolte le pazienti dal letto, si praticano caute irrigazioni vaginali e si procede mano mano a tagliare i punti. Sono così guarite, quasi senza incidenti, quelle fistole in cui ho fatto la sutura sotto una irrigazione permanente. Gli insuccessi datano dall'epoca in cui usavo i fili metallici, sebbene anche con essi abbia avuto dei buoni risultati (guarigione dopo una seduta).

Le complicazioni dell' operazione possono in primo luogo derivare dalla eccessiva ampiezza e irregolarità della fistola. Si eviterà una cruentazione troppo estesa, e si cercherà di adattarla alla configurazione della fistola, invece di voler ridurla ad una forma prestabilita. Se l'ure-

tra è occlusa o ristretta, bisognerà prima dell'operazione renderla pervia, ed assicurarsi del suo normale funzionamento.

Fra gli accidenti della convalescenza meritano di essere accennate in prima linea le emorragie della vescica. Esse non sono sempre un segno assoluto di insuccesso e possono essere arrestate con caute irrigazioni fredde in vescica, coll' applicazione della vescica di ghiaccio, ed occorrendo, colla lavatura della vescica mediante soluzione allungata di percloruro di ferro. Le emorragie intense però compromettono sempre il risultato dell'operazione, perchè le grosse quantità di sangue che si raccolgono in vescica, formandovi dei coaguli, dànno origine a continue contrazioni, e disturbano perciò il coalito immediato fra i margini della fistola. Le piccole fistole che talvolta residuano in corrispondenza al tragitto dei punti non ritardano di solito che di poco la guarigione completa: basta per lo più la cauterizzazione, o una limitatissima cruentazione per determinarne la chiusura.

Le fistole cervicali ed ureterali presentano specialissime difficoltà.

Nelle prime (1) si propone o di mettere allo scoperto la fistola e chiuderla direttamente, oppure chiudere l'orificio uterino, forzando le secrezioni uterine a passare pel foro fistoloso nella vescica, e di lì evacuarsi per l'uretra. La sutura immediata della fistola io l' ho praticata in due fistole vescico-cervicali. Si può ricorrere alla posizione sul dorso, oppure, come feci anch'io la prima volta sotto l'impressione delle comunicazioni di Bozeman, alla genupettorale, mettere allo scoperto il collo, praticarvi un' ampia discissione, ricorrendo se necessario anche ad una preventiva legatura sui legamenti larghi, e raggiunta così la fistola, cruentarla, suturarla, e terminare colla sutura anche delle incisioni bilaterali. Nell'ultimo caso ho operato nella solita posizione dorso-pelvica. La prognosi di questa operazione è buona, e se anche non si ha guarigione immediata, però spesso la progressiva retrazione cicatriziale porta alla obliterazione della fistola.

Le fistole ureterali sono estremamente difficili a curarsi (2). Si cercherà di chiuderle al disopra di un catetere previamente introdotto, oppure coll'escissione di un conveniente lembo della parete vescicale si cambierà la fistola ureterale in una uretero-vescico-vaginale, che poi si cura nel modo consueto. In casi di estesa retrazione cicatriziale l'atto operativo potrebbe interessare il peritoneo, oppure l'uretere finora pervio. La prima complicazione è la meno grave, perchè se non vengono comprese delle anse intestinali nei punti di sutura, e se si opera asetticamente, la reazione del peritoneo non è intensa. Più seria è la complicazione deri-

---

(1) Lossen, Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie IX — A. Martin, Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. IV — Müller, Berl. Klin. Wochenschrift 1879, 49.

(2) Simon, Wiener med. Wochenschr, 1876 p. 692. — Landau, Arch f Gyn. IX p. 426. — Bandl, Wiener med. Woch. 1877 N 30 e 32. — Hahn, Berliner kl. Wochenschr. 1879 N. 27

vante dall'avere stretto in uno dei punti l'uretere: ne deriva stasi minacciosa dell' urina, tanto più difficile a riconoscersi, in quanto che per l'altro uretere sano può arrivare alla vescica una discreta quantità d'urina, ed aversene una regolare e copiosa emissione. Dai sintomi della stasi urinaria si riconoscerà l'insorta complicazione, cui si rimedierà coll' immediata rimozione delle suture.

Le fistole uretero-uterine furono indicate pel primo da Bèrard (Prager Vierteljahrschrift 1846 vol. IV) poi da A. W. Freund (Kl. Beiträge zur Gyn. Fascicolo 1 e 2; poi Berl. Klin. Wochenschrift 1869 p. 504). Qui la fistola ben difficilmente si potrà mettere allo scoperto, cosicchè dopo tutto può sembrare opportuna la chiusura dell'utero. Ma anche in ciò finora non si è ottenuto un soddisfacente risultato. Zweifel nel 1878 si decise ad estirpare il rene corrispondente (Arch. für Gyn. XV). Analogamente operarono Credè (Arch. für Gynaekologie XVII), Fritsch (Centralblatt für Gynäk. 1886 N. 1) ed infine Bardenheuer (Berl. kl. Woch. 1886). Nei casi di completo insuccesso o di esito imperfetto dopo ripetuti tentativi di una chiusura diretta, si è tentato di ovviare alla continua perdita dell'urina colla chiusura della vagina. L'obliterazione trasversale del lume vaginale nelle fistole inoperabili sarà sempre da riservarsi come ultima ratio; ma non sempre si raggiunge con questo metodo una vera e definitiva guarigione, prescindendo dalle difficoltà di esecuzione e dalla deformità dei genitali che ne è la conseguenza; perchè non sempre la vagina tollera il continuo contatto coll'urina, e la stagnazione di urina, sangue e secreti uterini nel ricettacolo. Così accadde a me, come a molti altri, di dover pei vivi dolori riaprire la cicatrice, essendo lo stato della paziente peggiore dopo l'operazione che non prima.

L'occlusione della vagina si dovrà portare più in alto che sia possibile, cruentando tutto all'intorno le pareti vaginali, e riunendole l'una all'altra dall'alto al basso. Come ultima risorsa, in casi disperati, Rose (1), praticava una fistola retto-vaginale, sicchè le urine si evacuassero dal retto dopo l'obliterazione della vagina. Anche questo metodo non ha risultati troppo lusinghieri (2), e andrà perciò riservato a casi disperati. Si è anche tentato, in mancanza d'altro, di rimediare ai disturbi coll'uso di pessarii variamente foggiati secondo il caso, o con recipienti che vengono applicati ai genitali esterni.

2. Fistole retto vaginali.

La comunicazione tra vagina ed intestino, fistola vagino-intestinale, è, tolta qualche rara eccezione, dovuta al parto, sia per ferite dirette durante il travaglio, sia per malattie che ad esso tengono dietro. È raro

---

(1) Deutsche Zeitschrift. f. Chirurgie IX.
(2) Broese, Zeitschrift. f Geb. u. Gyn. X p 126.

che una malattia della parete intestinale, od un neoplasma, o la fusione di prodotti infiammatorî depositati fra il retto e la vagina portino ad una comunicazione fra questi due organi. Si vede anche la parete vaginale venir perforata da pessarii, da tubi di clistere, o dalla caduta su oggetti appuntati.

Per lo più la comunicazione abnorme è tra la vagina ed il retto: di rado immette nel tenue. Il canale fistoloso è di lunghezza assai variabile, dallo spessore di un capello, fino allo sbocco a pieno canale dei due tubi l'uno nell'altro. Le pareti della fistola presentano una costituzione altrettanto variabile quanto nelle fistole urinarie: ora sono retratte per cicatrice con delle infossature, ora lisce e poco alterate.

Il sintomo di queste fistole è il passaggio in vagina del contenuto intestinale. Nelle fistole del tenue è chimo più o meno elaborato, che si versa a regolari intervalli dopo il pasto. Nelle fistole del retto si hanno feci più spesso semiliquide che consistenti. I disturbi più gravi sono sempre dati dai gaz, perchè questi fuoriescono in modo continuo, mentre le masse fecali di solito non escono che intermittentemente, con pause piuttosto lunghe. È evidente che la mucosa vaginale deve soffrire una forte irritazione per il passaggio di questo contenuto intestinale.

La diagnosi per lo più si fa colla ispezione. In rari casi di fistole esilissime fa d'uopo di maggior attenzione per scoprirle; la paziente stessa di solito è sensibilissima al disturbo prodotto dall' uscita dei gas per la vagina.

La guarigione può incontrare serie difficoltà: sono specialmente le fistole del tenue (1) che resistono spesso ad ogni tentativo di cura. Questa si può fare o colla cauterizzazione, oppure con cruentazione e sutura. Se la fistola retto-vaginale è molto in basso, in vicinanza al perineo, sarà buona regola spaccare il perineo; si può allora escidere il canale fistoloso e fare la sutura secondo i precetti dati per la plastica perineale.

3. Resezione dell'orificio esterno dell'uretra.

Per rimediare all'incontinenza dell'uretra che residua tavolta dopo la dilatazione della stessa, e per ovviare all'eccessiva ampiezza dell'orificio che susseguo alle ulcerazioni distruttive, Franke (2) e Winckel (3) hanno proposta un' operazione che ha per scopo di restringere il lume dell'uretra.

Si escide un lembo triangolare dalla parete posteriore dell' uretra, colla base all'orificio, e l'apice all'altezza voluta sul tubercolo uretrale.

(1) Bidder. Verhandl. der deutschen Gesell. f. Chirurgie 1885 p. 52.
(2) Centr. f. Gyn. 1884.
(3) Arch. f. Gyn. XXIII, 2.

Questo lembo comprende la colonna anteriore e la mucosa dell' uretra. L' incisione vien poi chiusa con fili applicati e annodati come nella fig. 156.

Il coalito all' orificio uretrale pare non avvenga così regolarmente come in vagina, probabilmente pel continuo contatto coll'urina. Ma anche avvenuto il coalito, si fanno talvolta assai moleste le conseguenze della

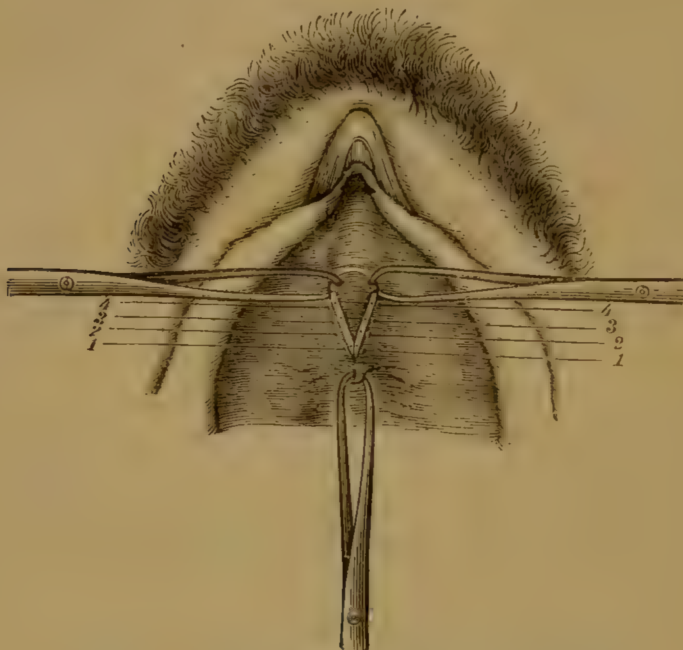


Fig. 156. — Resezione dell'uretra secondo Winckel.

retrazione cicatriziale, e per la deformazione che ne risulta vanno distruggendosi gli effetti a tutta prima ottimi.

Un mezzo efficacissimo per rafforzare la continenza dell'uretra, l'ho trovato recentemente nell'hydrastis. L'idea me ne venne avendo notato che talune pazienti, cui contro le metrorragie avevo somministrato dell'estratto di hydrastis, si lamentavano di insorti disturbi nel mitto, di un penoso senso di costrizione che spesso si superava solo con difficoltà nell' atto dell' emissione delle urine. Da allora ho provato 4 volte l'hydrastis in donne cui durava fastidiosa incontinenza qualche giorno dopo la praticata dilatazione dell' uretra; tutte quattro ne provarono reale immediato vantaggio.

V. Operazioni sull' utero.

1. — Discissione dell' orificio esterno.

Fra le operazioni sull'utero, la discissione del collo passò per lungo tempo come l'operazione ginecologica per eccellenza.

Praticata la prima volta da James Y. Simpson (1) in Edimburgo nel 1843, e, indipendentemente da lui intrapresa da mio padre pel primo in Germania nel 1849 (2), questa operazione fu introdotta nella pratica ginecologica per merito specialmente di M. Sims (3). Ristretta dapprima alla cura delle stenosi dell' orificio esterno, fu poi adottata in tutte le forme di ristringimento del canal cervicale, e infine con alcune modificazioni, eseguita anche nella stenosi dell'orificio interno.

Alla discissione furono non solo assoggettati i casi di stenosi pronunciata dell' orificio esterno, ma anche quelli di dismenorrea, nei quali il lume del canal cervicale non ha un' ampiezza perfettamente normale.

La discissione fu appoggiata da Sims in modo così caloroso e convincente, come operazione quasi sempre scevra di pericoli ed efficace che, applicata su larghissima scala, ha poi più volte deluso le speranze che in essa venivano riposte, nè mancarono nemmeno le tristi complicazioni. Queste erano dovute naturalmente al modo di esecuzione, e si riferiscono per lo più ad un tempo in cui le cautele antisettiche non erano generalmente adottate; perciò sono complicazioni che oggidì con un procedimento rigorosamente antisettico si possono assolutamente evitare. Altri inconvenienti furono causati dall' emorragia insorta per la discissione, e trascurata o inopportunamente trattata in rapporto coi mezzi insufficienti, di cui in altri tempi si disponeva. Anche questa temuta complicazione perde di valore e deve venir con tutta facilità superata, oggi che i ginecologi hanno appreso a maneggiare con tanta sicurezza la sutura nelle parti più profonde della vagina. Una parte non irrilevante di conseguenze fastidiose dell' operazione, specialmente

(1) Med. Times and Gaz., febbr. e Marzo 1859

(2) Il primo resoconto figura nel 1875 nella « Zeitschrift f. Geb. u. Frauenkrankh ».

(3) Lancet 1865, e Chirurgia uterina 1866.

peri e parametriti, e perfino peritoniti, si è autorizzati ad attribuirlo a stati morbosi preesistenti negli annessi uterini, latenti e forse sfuggiti all'osservazione.

Più seria è l' obbiezione che si andò accentuando coll' andar del tempo, che la discissione, cioè, non abbia come operazione un risultato plastico, e perciò debba esser sostituita da un processo chirurgicamente più corretto (1). Questa obbiezione non posso lasciarla passare, perchè metodicamente eseguita, e, quel che più importa, seguita da un'opportuna cura consecutiva, la discissione concede una perfetta restaurazione dell'orificio uterino tanto da non potersi più discernere una deviazione dalla norma. Per rispondere alla questione della guaribilità della sterilità per mezzo della discissione, è difficile raccogliere un materiale veramente servibile. Io ho operato di discissione più di 160 casi; ma se fra questi ho potuto poi constatare la gravidanza solo 22 volte, per quanto mi fu dato di seguirli, non voglio per ciò ammettere che questo genere di statistica meriti fiducia, anche solo in via approssimativa.

Infatti, astraendo dai casi in cui la discissione fu fatta in donne nubili, o maritate ad uomini indubbiamente impotenti, o in donne che per la loro età non erano più in grado di concepire, diventa veramente considerevole nei miei casi la percentuale, nella quale si verificò il concepimento dopo la discissione. Non sono in grado di emettere un'opinione sulla potenza virile dei rispettivi mariti, e per questo riguardo credo impossibile sciogliere su semplici dati statistici la questione della guarigione della sterilità mediante la discissione.

La mia esperienza mi permette di asserire che la discissione è per sè un atto operativo di nessun pericolo, e che permette con quasi certezza di dare all' orificio uterino la forma più opportuna. Siccome però in questi ultimi anni mi sono fatto la convinzione, che di solito la stenosi dell'orificio esterno non sia che un epifenomeno del catarro uterino, e siccome poi nel maggior numero delle donne sterili ho visto alla stenosi associarsi l' allungamento ipertrofico della porzione sopravaginale, così, secondo me, la discissione dell'orificio esterno non è più un'operazione sufficiente nella gran maggioranza di questi casi. Ritengo perciò necessario di curare il catarro cronico della mucosa col raschiamento, anzichè coi mezzi prima in uso, e di togliere l'allungamento della porzione sopravaginale mediante opportuna incisione di tessuto cervicale. Viene così assai limitato il numero dei casi, nei quali trova la sua indicazione la discissione dell' orificio esterno: sono per es. solo i casi recenti nei quali al catarro cronico si è associata una stenosi, ma non ancora una ipertrofia della porzione sopravaginale. Se quest'ultima si è già stabilita, pratico l' escissione delle labbra del collo, che opportunamente condotta giova tanto a vincere la stenosi, quanto l'ipertrofia.

(1) Simon-Markwald, Arch. f. Gyn. VIII, p. 48. — E. Küster, Zeitschr. f. Geb. und Gyn. IV, p. 298.

Col raschiamento che precede l'escissione si ottiene una regressione della mucosa, che assieme alla guarigione dell'ipertrofia, favorisce in un gran numero di casi il verificarsi di una gravidanza.

La discissione si eseguiva una volta con strumenti speciali, o lame nascoste, che si fanno sporgere ad un dato momento dalla loro guaina, oppure forbici. Uno dei più pratici mi sembra il coltello a doppia lama di mio padre (fig. 157). Siccome però questo, al pari di tutti gli altri apparecchi complicati, è difficile da mantenere pulito, io ne faccio senza e mi servo abitualmente solo di un bistorì comune e delle forbici.

Alla discissione faccio sempre precedere il raschiamento della mucosa, avendola sempre trovata ammalata nei casi di stenosi.

Per eseguire raschiamento e discissione, la paziente, preparata opportunamente con purganti, semicupî, ed irrigazioni vaginali, viene cloroformizzata e posta nella posizione dorso-pelvica: con una pinza uncinata si afferra l' utero pel suo labbro anteriore e lo si trae in basso quanto è possibile senza spiegare violenza.

I fornici messi allo scoperto vengono ancora lavati con una soluzione disinfettante concentrata, deprimendo il perineo con una larga valva di Simon. Allora uncino il labbro posteriore con una pinza uncinata, e colla curette raschio la mucosa del corpo e del collo. Poi sotto l'irrigazione permanente incido d'ambo i lati col coltello o colle forbici le labbra del collo, fino all'inserzione dei fornici (fig. 158 aa).

Quindi si fa ancora un' altra incisione che dall'alto del canal cervicale viene a raggiungere la prima (b c) per ottenere una completa divaricazione.

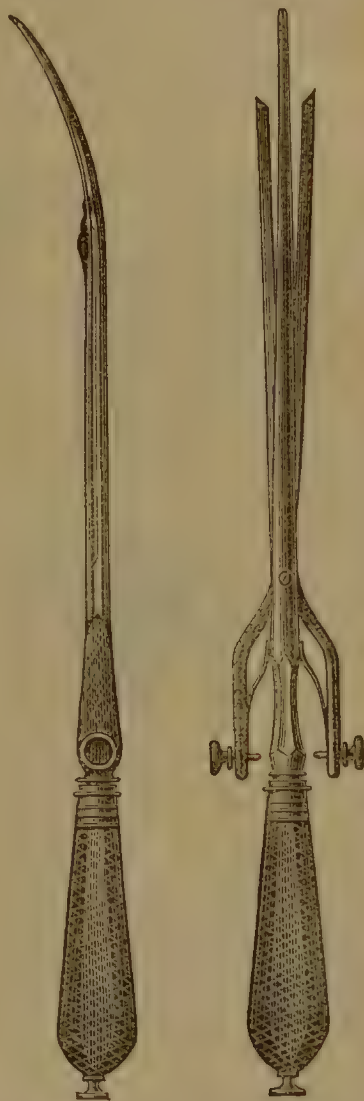


Fig. 157. — Isterotomo di E. Martin

Infine la cavità uterina viene lavata col liquido da irrigazione, e vi si iniettano 2-3 grammi di percloruro di ferro: il percloruro in eccesso refluendo passa sulla ferita nel collo, e vi determina l' emostasi. In ogni modo si insinuano fra le labbra della ferita dei batuffoli di cotone imbevuto di percloruro di ferro non allungato, batuffoli piccolissimi, dello spessore di un foglio di carta; si tolgono le pinze uncinate, si pulisce

la vagina, e infine, cessata l'emorragia si colloca un voluminoso tampone contro il collo, prima che vengano tolti gli speculum vaginali.

Bisogna garantirsi che l'emorragia sia cessata, prima di riportare la donna a letto; in caso si rinnovano i tamponcini. Finora ci sono sempre riuscito a frenare le emorragie con questo metodo; se si trovassero delle difficoltà si potrebbe sempre far passare un punto di sutura nello spessore del collo e stringerlo per arrestare l'emorragia.

Cura consecutiva. — Le pazienti si lasciano a riposo per due giorni, facendo il cateterismo se non possono urinare spontaneamente nel decubito dorsale. Al terzo giorno si porta la donna sul letto d'operazione e si rimuove il tampone al percloruro di ferro. Se fatta una lavatura vaginale non si ha emorragia, si riporta la paziente nel suo letto senza altra medicazione, e la vi si lascia per altre 24 ore: se l'emorragia non cessa, si ripete la medicazione al percloruro di ferro, che si toglierà dopo altri due giorni. Così facendo, non ho mai visto persistere l'emorragia. Il giorno dopo tolta l'ultima medicazione comincia il vero trattamento consecutivo; esso consiste nello scoprire il collo con uno speculum tubulare, fare una irrigazione vaginale, e frapporre fra le labbra della ferita delle supposte di burro di cacao che si mantengono in posto con un tampone. Lo strato grasso impedisce il coalito delle superfici cruente, che di solito cicatrizzano, lasciando un orificio ampio senza deformazioni cicatriziali. Prima che la guarigione sia compiuta occorre ripetere 10-14 volte l'applicazione di queste supposte. Il tampone può venir levato sei ore dopo dalla paziente stessa; mattina e sera si fanno irrigazioni disinfettanti. Se la cicatrizzazione va per le lunghe, prima di mettere la supposta si cauterizza la ferita colla tintura di iodio. In tutto questo tempo la donna non deve lasciare la camera.

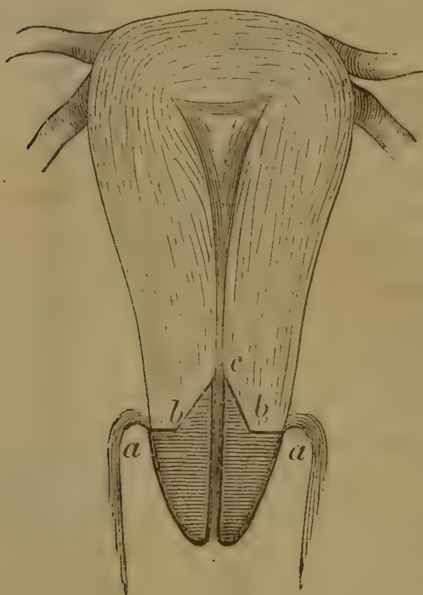


Fig. 158. — Discissione.

La discissione così eseguita non mi ha dato finora alcuna seria complicazione, e ha sempre permesso la costituzione di un orificio uterino ben conformato.

Ci tengo però a dichiarare che non pratico discissione finchè vi siano stati flogistici acuti alla mucosa, od anche residui sensibili di infiammazioni croniche negli annessi dell'utero. Finchè questi ultimi specialmente non siano guariti, mi astengo da ogni operazione, ed è forse per questo che io vanto risultati tanto favorevoli. Gli inconvenienti descritti da

altri autori, io ho la convinzione che solo in parte siano dovuti all'importazione accidentale di elementi settici, mentre per la maggior parte ne sono causa le complicazioni con essudati peri o parametritici recenti, o di antica data.

Perciò raccomando caldamente, se possibile, di non intraprendere la discissione in caso di simili affezioni negli annessi dell' utero, tanto più che questa operazione è ben raramente indicata d' urgenza, e non v' ha motivo che si opponga a differirla per riguardo alle condizioni degli annessi.

2. — Escisione a cuneo.

Fra le proposte messe avanti per sostituire la discissione, onde ottenere un orificio uterino ad ampia apertura, prende certamente il primo posto il procedimento ideato da Simon (1) dell'escisione a doppio cuneo. Con esso viene radicalmente guarita la stenosi, e secondo quanto affermano i seguaci del procedimento di Simon, specialmente E. Küster (loc. cit.), si ottiene in pari tempo di curare in un modo semplice ed innocuo anche l'ipertrofia del collo. Come ho già detto, io respingo il rimprovero che la discissione non possa garantire la formazione di un ampio orificio uterino; però credo giustificato l'altro merito che si attribuisce all'escisione a cuneo, cioè che con essa si possa esercitare un più durevole influsso sul collo. Io ricorro ad essa in quelle stenosi nelle quali è già in corso l'allungamento ipertrofico del collo, mentre il catarro cervicale fu di già emendato. In quest'ultimo punto risiede la difficoltà che, secondo me, si oppone ad una più ampia diffusione di questo atto operativo. Questo metodo di escisione lascia intatta la mucosa del canal cervicale, presuppone che non sia necessario agire in alcun modo su questa mucosa. Ma tali casi sono di fatto piuttosto rari; per lo più nella stenosi la malattia della mucosa è molto pronunciata, e reclama, più ancora che non la stessa stenosi o l'ipertrofia del collo, un energico intervento, quale può essere fornito dalla cura operativa. È perciò che l'escisione a cuneo io la credo indicata in un numero relativamente ristretto di casi.

Per praticare l' escisione a doppio cuneo si mette la donna in posizione dorso sacrale, si fa nella narcosi una conveniente disinfezione, si deprime con una valva il perineo, si uncina e si trae in basso il collo, e, sotto l'irrigazione permanente, si afferra con una pinza uncinata il labbro posteriore nel suo punto più sporgente. Con un bistorì piuttosto sottile si comincia con un' incisione bilaterale che divide le labbra fino all'inserzione dei fornici. Poi si porta il tagliente sul labbro posteriore,

(1) Marckwald, Arch. f. Gyn. VIII. — Schröder, Charité-Annalen 1880, p. 343.

e lo si impianta a una certa distanza dal limite della mucosa cervicale, praticando una incisione che si approfonda per 2-3 o più centimetri, e va da una commessura all'altra, contornando l'orificio uterino. Poi più all'esterno, press'a poco al limite posteriore e inferiore della *portio*, si fa una seconda incisione pure da una commessura all'altra, che è obliqua rispetto alla prima, e che la raggiunge nello spessore dei tessuti. Il lembo così delimitato ha effettivamente una sezione cuneiforme (fig. 159). Poi con aghi piuttosto robusti si passano dei fili sotto a tutta la superficie cruentata; il filo può cadere nella mucosa del canal cervicale, ma abitualmente lo si deve tenere nel limite fra l'epitelio piatto ed il cilindrico. Si viene così a chiudere la soluzione di continuo. Analogamente

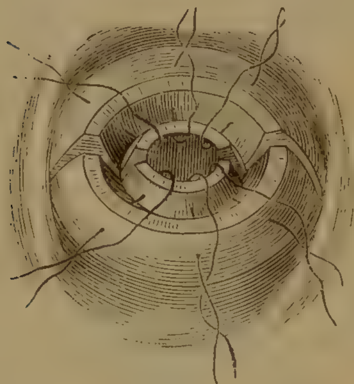


Fig. 159. — Escisione a cuneo di Simon.



Fig. 160. — Sutura dopo l'escisione a cuneo.

si procede all'escisione sul labbro anteriore con due incisioni, di cui la prima parallela alla mucosa del canal cervicale, l'altra obliqua su di questa, partendo dal limite fra la superficie inferiore e l'anteriore della *portio*. Fatta anche quì la sutura, e chiuse con qualche punto le incisioni alle due commettiture, il risultato dell'operazione si presenta come a figura 160. L'atto operativo è di esecuzione facile e rapida, l'emostasi sicura; la guarigione non incontra alcun ostacolo, ad eccezione di qualche irregolarità nel coalito dovuta a qualche punto che abbia tagliato i tessuti.

Anche queste operate dovranno stare 7-8 giorni a letto; in questo periodo è necessario praticare il cateterismo, e al 4.° giorno somministrare loro olio di ricini. La cura consecutiva consiste in lavature vaginali quotidiane con deboli soluzioni antisettiche. Al 9.° giorno si tolgono i punti, poi per consolidare la cicatrice si fanno irrigazioni con acido pirolegnoso (3 cucchiai su un litro d'acqua), oppure con un cucchiaio in un litro d'acqua di una soluzione di Tintura di iodio 25,0, Joduro di potassio 5,0, Acqua 170,0. In due o tre settimane la guarigione è completa: l'orificio rimasto ampiamente aperto lascia sporgere la mucosa cervicale.

3. — Cura operativa delle lacerazioni cervicali.

Mentre la discissione godeva del generale favore, fece a tutta prima un certo senso che Emmet ritraesse l'indicazione ad un atto operativo appunto dall'eccessiva ampiezza dell'orificio uterino (1874) (1).

Emmet è del parere che questo stato, di cui Roser (2) ha fornito un'ottima descrizione, sia la fonte di una lunga serie di disturbi nella sfera genitale; in queste lacerazioni laterali della cervice egli vede la causa di metriti croniche, di endometriti, della dismenorrea, della sterilità, dell'esagerata sensibilità, e vuole perciò porre riparo ad ogni più piccola lesione del collo, sia che questa abbia veramente determinato una malattia, o che rappresenti una continua predisposizione. L'operazione delle lacerazioni cervicali, accolta con entusiasmo da Sims, ha trovato molto minor favore in Germania, anzi non le mancarono decisi oppositori (3). Io sono del parere che non tutte le lacerazioni cervicali sono da trascurarsi; però ne ho più volte notato la presenza come mero reperto accidentale ed innocuo, colle due metà della cervice estroflesse, ma senza traccia di affezione alcuna, e senza alcun disturbo nè locale, nè generale. D'altra parte in catarri intensi, in metriti croniche molto pronunciate accade infatti di trovare delle lacerazioni del collo, ed è giusto indurre che esse abbiano qualche parte nelle emorragie, nei dolori e nelle altre sofferenze della paziente. Da queste osservazioni io concludo che le lacerazioni del collo non sono per sè causa necessaria di gravi disturbi, anzi possono passare inosservate nel loro decorso, come lo sono per lo più nel loro modo di insorgere. Se però per altre cause insorge un catarro, una metrite cronica, uno stato irritativo nella mucosa o nel cellulare pelvico, le lacerazioni cervicali favoriscono la rapida diffusione di queste lesioni, e per la retrazione cicatriziale nei loro contorni, possono mantenere una irritazione insistente, ed esser così la causa dell'insistenza del male. In base a queste considerazioni ritengo come insignificanti le lacerazioni cervicali se il resto dell'apparato genitale è sano, e non vedo in esse alcuna indicazione ad un intervento attivo. Se nel loro contorno si sviluppano processi morbosi, credo sia necessario il riparare anche le lacerazioni cervicali per togliere così la causa di una continua irritazione (4).

---

(1) Amer. Jour. of. Obstetr. nov. 1874. — American practitioner, gennaio 1877.

(2) Archiv f. Heilkunde II. 7, 1861,

(3) Breisky, Prag med. Wochenschr, 1876, n. 18, poi Allg. Wien. med. Zeitschrift 1882, n 52. — Olshausen, Centr. f. Gyn. 1877, n. 13. — Spiegelberg, Bresl. ärztl. Zeitschr, 1879, n. 1. — Howitz, Gynäk. of obst. Meddelelser 1, 3. — Kaarsberg, Kopenagen 1884. — Schröder, Amer. Journal of. Obst, luglio 1882.

(4) I miei casi furono pubblicati da Arning, Wien. med. Wochenschr. 1881, n. 32 e 33, e da Czempin. Zeitschrift. f Geb. u. Gyn. 1887, vol. XII. Inoltre ho illustrato estesamente il mio modo di vedere sulla questione al Congresso Ginecol. di Boston nel 1885.

Le lacerazioni cervicali si trovano, tranne rarissime eccezioni, ai lati del collo. Per esse resta squarciata la porzione vaginale, sia da un sol lato, sia da ambedue, e si può trovare all'inserzione della vagina una cicatrice estesa, rigida e dolente. Se la lacerazione si spinge più in sù dell'inserzione vaginale lungo il collo, la si vede terminare verso il canal cervicale in un prolungamento che sorpassa di molto la cicatrice dovuta alla contemporanea lesione del fornice (fig. 162 e 163). È rarissimo che lo squarcio penetri nel fornice oltre l'inserzione vaginale; per lo più vi si forma una cicatrice rigida, raggiata ai lati del collo (fig. 162), che si può seguire nel fornice e nel cellulare pelvico, spesso si spinge

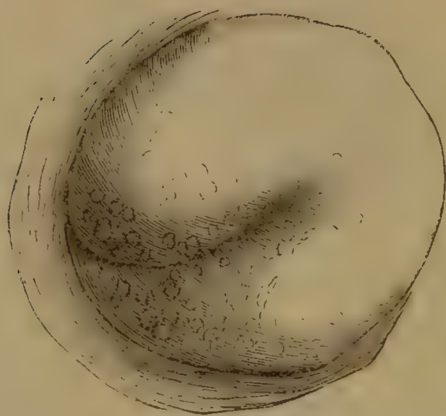


Fig. 161. — Lacerazione cervicale destra (da Emmel).



Fig. 162. — Lacerazione del collo e del fornice.

fino alla parete del bacino e può allora deviare e fissare rigidamente l'utero verso l'uno o l'altro lato. Se la lacerazione cervicale e l'annessa cicatrice nel fornice è da un lato solo, resta da questa parte spaccato il collo, le cui labbra possono estroflettersi al punto da rendere irriconoscibile la porzione vaginale.

Se la lacerazione è bilaterale, o specialmente se si complica a stati morbosi del collo, questo si estroflette talmente che, sia per le modificazioni della mucosa, sia per quelle del parenchima, esso viene ad assumere una stranissima configurazione. Al disopra del collo spaccato, la cui porzione vaginale in foggia di cavolfiore sporge in vagina, si trova il corpo dell'utero piccolo in antiflessione o in retroflessione, che col suo estremo inferiore arriva in contatto colla lacerazione (fig. 164).

In tutti questi casi la deformazione non è causata immediatamente dalla rottura in sè, chè molte volte si vedono squarci profondi non avere alcuna dannosa conseguenza. Assai più spesso alla lacerazione si

collegano alterazioni della mucosa e del parenchima, e sono queste malattie complicanti che danno luogo ai sintomi.

Un carattere affatto speciale lo assumono quei casi, nei quali lo squarcio interessa col collo anche il fornice vaginale. Non solo la lacerazione del collo si spinge più in alto che non nel fornice, la cui cicatrice spesso vela un terzo quasi della lacerazione cervicale, ma la cicatrice stessa del fornice, o per dir meglio del cellulare pelvico, fissa l'utero alla parete del bacino, esercita su di esso delle trazioni anormali, cosicchè l'affezione viene a disturbare profondamente la nutrizione degli organi pelvici. Della parametrite raggrinzante che ne deriva ci occuperemo ancora nel relativo capitolo.

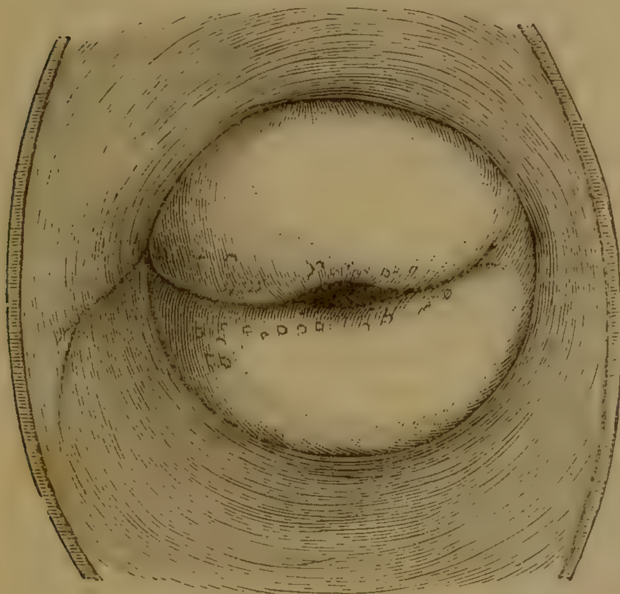


Fig. 163. — Lacerazione del collo e del fornice.

Se nel collo si ha forte retrazione cicatriziale, l'infelice paziente può cadere in profondo esaurimento, in un grado estremo di cachessia per i continui dolori e per le molestie occasionate da ogni movimento, ad ogni sforzo per defecare o per emettere le urine. Se in pari tempo è ammalata anche la mucosa, essa fa una notevole sporgenza dall' ampia bocca della cervice e perfino dalla stessa lacerazione, e coll' aumento straordinario della secrezione, colla spiccata tendenza alle emorragie, colle oscillazioni nella sua consistenza, ricorda assai le degenerazioni maligne, tanto che diventa necessario l' esame microscopico, per dimostrare come non si tratti che d'una intensa endometrite.



Fig. 164. — Ectropio delle labbra nelle lacerazioni bilaterali.

Nelle lacerazioni cervico-vaginali i sintomi più salienti sono forniti dall'ostacolata mobilità degli organi pelvici l'uno rispetto all'altro, e dal-

l'inceppata circolazione nei vasi sanguigni; la paziente resta inabilitata al moto ed al lavoro, la defecazione e l'emissione delle urine sono stentate e dolorose, la mestruazione può diminuire o cessare.

La diagnosi delle lacerazioni cervicali incontra poche difficoltà; basta un po' di attenzione per evitare errori sulle condizioni del corpo e del collo. Col dito e colla sonda si può poi agevolmente misurare la profondità della lacerazione e stabilire di quanto si spinga in alto, e specialmente se sorpassi la cicatrice nel fornice.

La terapia delle lacerazioni cervicali, stando all'opinione che io ne ho, in caso di integrità dei genitali, dovrà dipendere dalla circostanza se la lacerazione fu osservata immediatamente dopo la sua insorgenza in travaglio, o se invece fu constatata solo dopo l'avvenuta cicatrizzazione. Una lacerazione estesa, recente, che arrivi in alto oltre l'inserzione della vagina, dà luogo per lo più immediatamente, subito dopo il parto, ad una considerevole emorragia, che, se non è frenata spontaneamente dalle contrazioni uterine, richiede una immediata chiusura della ferita, da farsi nel modo che or ora descriveremo. Se la lacerazione è già cicatrizzata, in mancanza di complicazioni con endometrite, metrite o parametrite, non dovrebbe essa per sè consigliare un intervento operativo; ne faccio senza tanto più volontieri, quando vedo che, non ostante lo squarcio, la paziente può concepire e portare a termine la gravidanza, e che dunque la lesione del collo non ha dannosa influenza sullo sviluppo dell'utero in gravidanza, nè sul parto.

Se in vicinanza alla lacerazione si trovano localizzati dei processi flogistici, se essa è il punto di partenza di una continua irritazione che mantiene una parametrite, una endometrite, una metrite, lesioni tutte che io considero come accidentali, e non date dalla lacerazione in sè, allora trovo una indicazione urgente ad intraprendere la cura della lacerazione, assieme a quella dei processi concomitanti.

La mucosa ammalata non può guarire, se prima le parti malate non vengono sottratte, mediante restaurazione del collo, agli incessanti stimoli che a loro pervengono dalla vagina. La metrite cronica difficilmente verrebbe guarita dalla semplice chiusura di una lacerazione, ma nel processo di escisione tanto efficace contro la metrite noi troviamo in pari tempo un ottimo mezzo per riparare lo squarcio deforme, e per ridare alla *portio* una configurazione che si avvicini alla normale. Ancor più evidente è il benefico effetto che la guarigione di una lacerazione può spiegare sulle parametriti originanti dalle cicatrici nei fornici. Se si escide la massa cicatriziale dal collo dell'utero, togliendo così l'occasione alle insistenti irritazioni dell'utero e della sua mucosa, oppure si esporta la cicatrice dal cellulare pelvico, per poi riunire nelle condizioni più opportune l'utero ed il fornice, non solo guarisce la parametrite assieme coll'utero, ma si vede anche rapidamente ristabilirsi la donna esausta dalle sofferenze.

In base a ciò io consiglio di sottoporre a cura operativa le lacerazioni con cicatrici retratte e sensibili, complicate a catarri cronici, o a masse cicatriziali nei fornici.

La terapia non potrà limitarsi sempre a chiudere lo squarcio dopo cruentate le ferite antiche ed a ristabilire così la forma del collo. A seconda che esistono complicazioni da parte della mucosa, del parenchima, o del parametrio, bisognerà rinunziare alla semplice restaurazione, ed associare alla riparazione della ferita anche l'ablazione dei tessuti alterati. Da ciò tre modi di condurre l'atto operativo; 1.° semplice chiusura dello squarcio cervicale. 2.° escisione sul collo e nei contorni della lacerazione. 3.° Operazione sul collo e sui fornici.

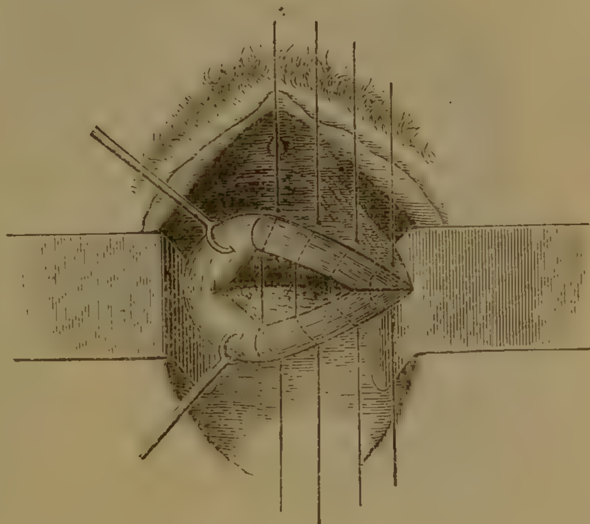


Fig. 165. — Operazione di Emmet o trachelorrafia (Da Hegar e Kaltenbach).

1.° L'operazione sul collo si farà nella narcosi, nella posizione dorso-sacrale, previe le solite disinfezioni e preparazioni. Con una pinza uncinata afferro il collo messo allo scoperto al suo labbro anteriore, là dove si dovrà rifare l'orlo dell'orificio uterino; altrettanto faccio col labbro posteriore, poi con un bistorì retto contorno il margine della lacerazione, in modo da esportare in un sol tempo tutta la cicatrice, e cruentare assieme i margini dell'orificio uterino (fig. 165). L'ablazione di questa massa di tessuto incontra delle difficoltà, specialmente all'angolo superiore della lacerazione, tanto più se esiste una rigida cicatrice, ma la dissecazione di tutto il lembo in un sol tempo concede appunto un ottimo controllo sui risultati della cruentazione. L'emorragia per lo più è poco rilevante. Indi si regolarizza la superficie cruentata e se ne fa la sutura: i punti più alti si impiantano nel fornice, si fanno emergere verso il canal cervicale a poca distanza dal margine della cruentazione, e quindi si tornano ad impiantare nel punto opposto del canal cervicale per riescire nel fornice. Mano mano che si colloca un punto, lo si stringe subito, per poter meglio controllare l'esatto adattamento delle aree cruentate. Di solito bastano 4 o 5 di questi punti profondi per portare l'affrontamento fino all'estremo inferiore della *portio* così rifatta. Fra questi si mettono ancora dei punti superficiali in catgut, per procurare l'esatto combaciamento a livello della mucosa che riveste la porzione vaginale. Qualche volta occorre spingere la cruentazione più in sù

verso il fornice, se anche qui si hanno lesioni catarrali croniche (fig. 165). Anche a questa operazione sarà bene far precedere di regola un raschiamento della mucosa del corpo e del collo, con successiva cauterizzazione al percloruro di ferro. Compiuta la sutura, io introduco ancora nel canal cervicale il beccuccio dell'irrigatore per assicurarmi della sua ampiezza. Come materiale di sutura prima usavo sempre la seta; attualmente metto i punti profondi in seta, e i superficiali in catgut.

Se si tratta di lacerazione bilaterale, dopo aver fatta la cruenta-

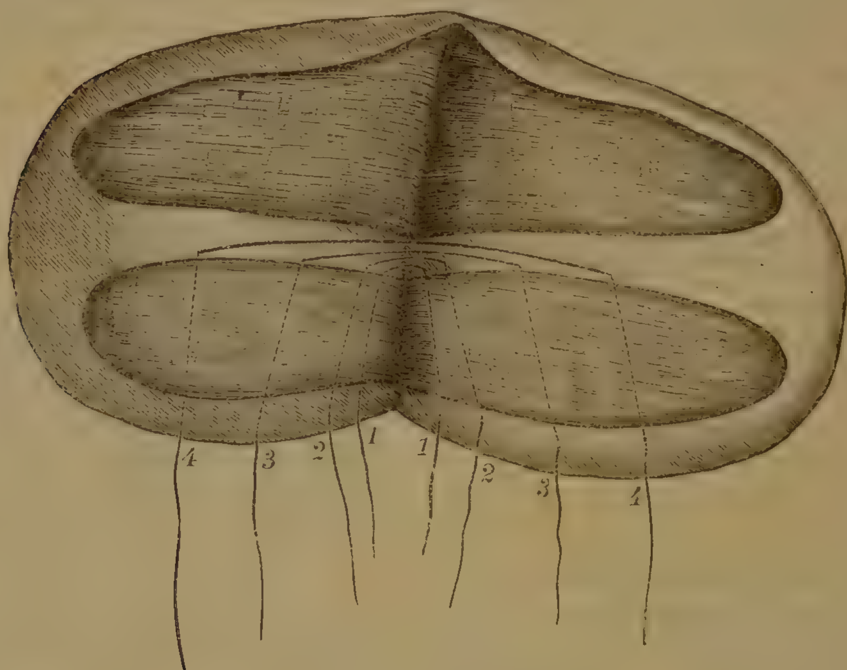


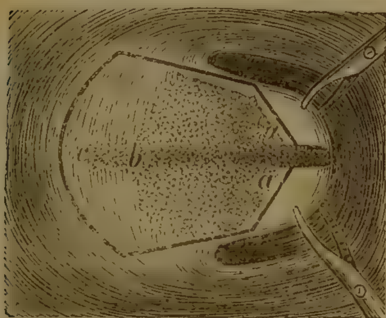
Fig. 166. — Cruentazione e sutura nelle lacerazioni bilaterali (da Emmet).

zione da un lato, si metterà un primo punto all'angolo superiore per frenare l'emorragia, che talvolta è piuttosto forte; poi si cruenta dall'altro lato, per mettere quindi i punti alternativamente dall'una e dall'altra parte, finchè si sia arrivati alla commettitura delle labbra dell'orificio uterino (fig. 166). È molto facile che nelle operazioni bilaterali il canal cervicale si riduca troppo angusto, e la *portio* troppo conica; ad evitar ciò non bisognerà estendere troppo la cruentazione, e lasciare un orificio esterno abbastanza ampio.

La cura consecutiva sarà inattiva, come in tutte queste operazioni plastiche: solo di tempo in tempo si faranno irrigazioni vaginali. I fili si lasciano in posto per 8-9 giorni, poi si tolgono a poco a poco.

2. Se la lacerazione cervicale si complica ad una endometrite cronica o ad una metrite, e se è necessaria l'ablazione di tessuto dal collo allo scopo di provocare l'involuzione del parenchima uterino, io modifico

la cruentazione, esportando anche una conveniente porzione del collo. Se la lacerazione è unilaterale, e perciò il labbro posteriore non si può agevolmente tirare in basso, io lo faccio accessibile, occorrendo, coll'incidere l'altra commettitura; poi, cominciando dall'estremo superiore della lacerazione cervicale, limito con una incisione da ambo le parti quel tanto di mucosa che è necessario alla formazione del canal cervicale. Poscia sulla parete posteriore del collo faccio una incisione trasversale, press'a poco dove conto di far risultare l'orificio uterino. Da questo punto, col metodo di amputazione di Hegar, esporto un pezzo di tessuto più o meno voluminoso secondo il bisogno, e chiudo tosto con sutura il difetto di sostanza, in modo da arrestare completamente l'emorragia. Passo allora al labbro anteriore, ove pure limito un lembo di mucosa sufficiente per la formazione del canal cervicale, e, prima di eseguire l'escisione su questo labbro, disseco la cicatrice fino al suo estremo superiore. Posso



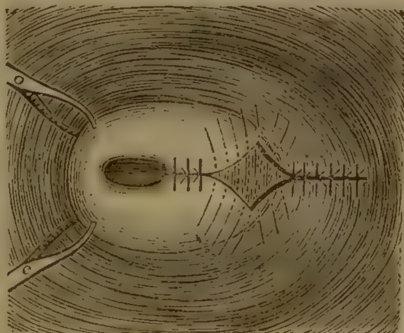


Fig. 167 *a.* e 167 *b.* — Cruentazione e sutura nelle lacerazioni unilaterali.

poi senza inconveniente alcuno attendere all'escisione del labbro anteriore, alla sutura relativa, e infine chiudere d'ambo i lati lo squarcio nel modo già descritto.

Operando in questo modo si ottiene una regolarissima configurazione della *portio*.

3. Se vi sono cicatrici nei parametrii, bisogna possibilmente non solo rimuovere tutto il tessuto cicatriziale (fig. 167 a), ma anche rendere all'utero la sua mobilità. A questo scopo, messo allo scoperto l'utero, lo si trae in basso per quanto lo concede la continuità delle parti, verso il lato opposto a quello ove è fissato. Procedo allora ad escidere la cicatrice dalla superficie esterna del collo, mediante una incisione semilunare che abbraccia da un lato il collo. Di solito faccio uso di un bistorì lanceolato bitagliente, col quale trafiggo il tessuto per tale ampiezza e profondità finchè non sento più alcuna briglia rigida cicatriziale. In questo momento si vede la ferita divaricarsi notevolmente e l'utero spostarsi verso il centro del bacino. Si può allora esportare dal fornice tutta la massa cicatriziale, e chiudere con sutura il difetto di sostanza. L'incisione sul collo decorre dall'avanti all'indietro.

Mantenendo l'utero in forte abduzione, i margini della bottoniera così praticata si vengono ad affrontare su una linea trasversale al fornice; si può così prevenire un accorciamento cicatriziale del fornice stesso (fig. 167 b). L'operazione della lacerazione cervicale vien poi condotta nel modo già noto.

La cura consecutiva è esclusivamente aspettante. Nelle cicatrici del parametrio faccio subito applicare la vescica di ghiaccio, e finora in 16 casi non mi si è ancora presentato alcun nocivo effetto sul parametrio (1). Il coalito avviene in modo regolare e permette all'utero tutta la sua mobilità: i dolori sono sempre cessati immediatamente nei casi che ho finora operato; da ciò il sentito sollievo delle pazienti, prima tormentate da incessanti molestie. L'utero si mantiene mobile, e si riduce in modo normale.

4. — Amputazione del collo dell'utero.

L'ablazione del collo era già stata eseguita per lo passato più volte, specialmente per carcinoma, tagliandolo semplicemente col bistorì a livello del fornice vaginale. L'emorragia gravissima, e creduta inevitabile, valse a questa operazione la fama di pericolosissima.

Parve perciò un progresso essenziale l' adozione dello schiacciatore di Chassaignac, tanto facile da mettere attorno alla porzione vaginale, per esportarla. Ma l' uso dell' ecraseur portava con sè inconvenienti non piccoli; più grave di tutti quello, che non di rado nell'esportare il collo, se anche la catena non veniva portata molto in alto su di esso, pure venivano ad esser feriti la vescica o lo spazio del Douglas: ferite che del resto, come lo attesta un numero abbastanza considerevole di casi, non sono poi tanto pericolose come si potrebbe credere: sempre però abbastanza gravi per legittimare la diffidenza contro l' uso di questo strumento come mezzo di amputazione del collo. Queste ferite erano prodotte per stiramento sui tessuti vicini, facile a spiegarsi se si pensa alla diversa forza di resistenza allo schiacciamento nei varî tessuti. Il tessuto proprio del collo, ricco di fascî fibrosi, si rompe come tessuto fragile allo stringere della catena: mentre la mucosa provvista di abbondanti fibre elastiche, il canale vaginale e le parti vicine oppongono maggiore resistenza alla divisione per mezzo dell'ansa costrittrice. Più grave ancora mi sembra l' altra obbiezione fatta all' écraseur in base alla ricca esperienza di mio padre, di altri ginecologi ed anche mia, che cioè l'emostasi prodotta da questo strumento non è poi niente affatto sicura, e che la formazione della cicatrice in seguito allo schiacciamento può dar luogo a notevoli retrazioni, a stenosi o perfino ad atresie.

(1) Vedi Czempin, l. c.

Questi inconvenienti non sono tolti di mezzo da nessuno degli strumenti con cui si volle sostituito l'écraseur. Tanto la così detta ghigliottina, quanto l'ansa galvanocaustica, uniscono ai difetti dell'écraseur altri inconvenienti loro proprî, sicchè io ho rinunciato completamente al loro uso. Tanto più mi sembra necessario lasciar da parte questi strumenti, perchè con essi ci priviamo della possibilità di modificare il procedimento operativo secondo le esigenze dei singoli casi, e di sottoporre la mucosa ad un trattamento che è reso indispensabile dall' alta importanza delle sue lesioni.

Il metodo di ablazione col bistorì corrispondente al metodo circolare dei chirurghi nelle amputazioni, proposto da Sims (1), e ancor oggi rac-

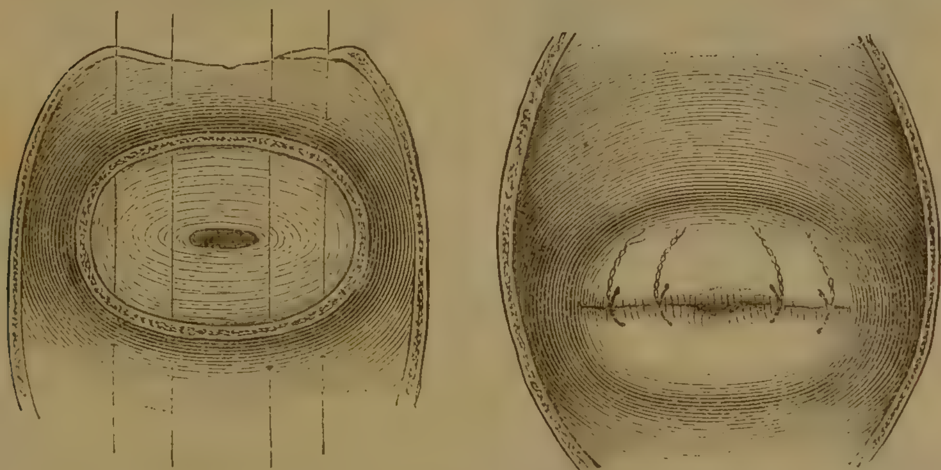


Fig. 168 e 169. — Amputazione del collo e sutura secondo Sims.

comandato da Emmet (2) (fig. 168 e 169), non trovò favore presso la maggior parte degli operatori tedeschi, perchè col metodo di Sims il rivestire il moncone colla mucosa vaginale non è scevro di inconvenienti, e più che tutto si va incontro al pericolo delle emorragie secondarie e della imperfetta cicatrice.

L'aver dato una base pratica all'amputazione del collo è merito di Hegar (3), che col suo metodo permette ampiamente di individualizzare nei singoli casi, e dà perciò mezzo all' operatore di regolare la formazione della cicatrice e di assicurarsi contro le emorragie secondarie. Il metodo di Hegar consiste nel tirare in basso l'utero, per quanto i suoi rapporti lo permettono, e nel renderlo accessibile a mezzo di speculum e di valve. Si incidono poi le labbra fino a livello dell'inserzione vaginale, e cominciando dal labbro posteriore a livello del limite della mucosa cervicale,

(1) Chirurgia uterina, 1866.
(2) Emmet, Ginecologia. Ed. 3, 1885.
(3) Congresso di Innsbruck 1871 — Odebrecht, Berliner Beiträge z. Geb. u. Gyn, III, p. 220.

si escide un cuneo più o meno grosso a seconda dei casi. La sutura si fa, facendo passare i fili sotto a tutta la superficie cruenta, in modo che la cicatrice venga press'a poco a cadere a livello del moncone del labbro

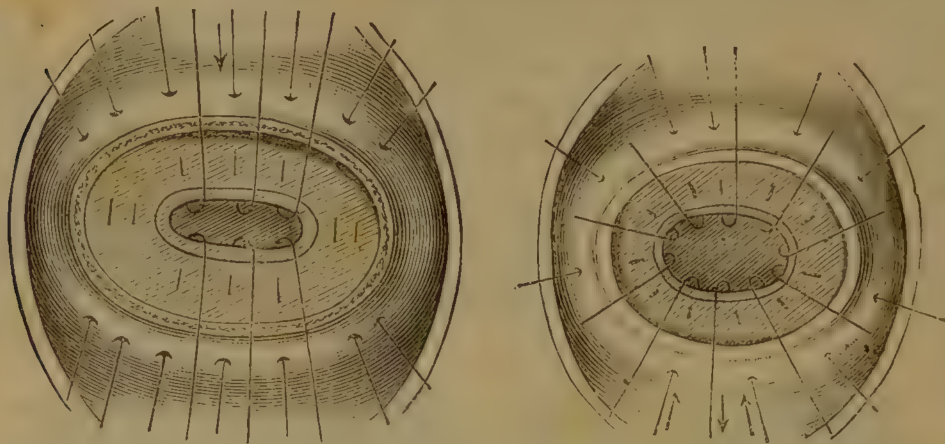


Fig. 170 e 171. — Sutura dopo l'amputazione del collo, secondo Hegar.

posteriore. Nello stesso modo si procede pel labbro anteriore, terminando col chiudere le commettiture laterali pure con punti profondi. La sutura delle commettiture può farsi per diretto affrontamento, come a fig. 170, o facendo anche in questo punto combaciare la mucosa vaginale colla cervicale, come alla fig. 171.

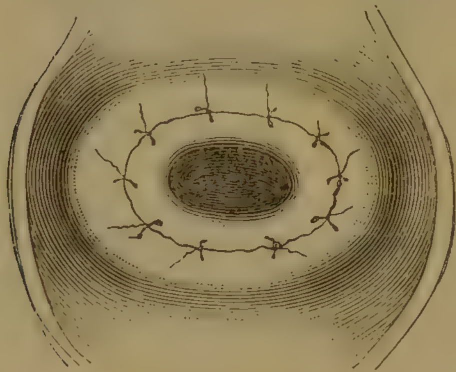


Fig. 172. — Risultato della sutura secondo Hegar.

Il processo di Hegar risponderebbe pienamente allo scopo, se la escisione fosse portata anche sulla mucosa del canal cervicale. Questa modifica essenzialissima fu suggerita dallo Schröder (1), che consiglia di praticare la discissione bilaterale, di arrovesciare all'infuori le labbra, e di impiantare il bistorì perpendicolarmente alla parete del collo nel limite facilmente riconoscibile ad occhio nudo fra la parte sana e la malata della mucosa cervicale (fig. 173 *a*). Un' altra incisione, che comincia all'esterno del labbro (in *c*) in un punto diverso a seconda delle alterazioni patologiche dei singoli casi, viene prolungata fino ad incontrare l'estremità della prima. La riunione si fa con fili decorrenti sotto l'area cruentata, in modo di ripiegare in dentro il lembo libero del labbro (fig. 174). Eseguito lo stesso procedimento anche al labbro anteriore, con esportazione della mucosa ammalata, e chiuse le incisure bilaterali, il coalito

(1) Charité Annalen. — Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. III, 419. e Moricke, ibid. p. 328.

avviene in modo, che il moncone resta rivestito dalla mucosa del fornice che si è fatta scorrere in alto, mentre il limite inferiore della mucosa cervicale viene ad essere situato piuttosto in sù nell'imbuto, che viene così costituito, e sottratto alle azioni irritanti che lo possono colpire dalla vagina.

Nell'amputazione del collo io combino i due metodi di Hegar e di Schröder, procedendo nel modo richiesto dalle indicazioni operative in ogni singolo caso. Se la mucosa cervicale è intatta, ciò che è relativamente raro, faccio l'escisione alla Hegar: se è malata, esporto più estesamente che mi è possibile anche le parti malate, e dal labbro o dalla



Fig. 173. — Amputazione del collo secondo Schröder (incisione).



Fig. 174. — Amputazione secondo Schröder (Sutura).

corrispondente parete del collo escido quel tanto che si reputa necessario per la guarigione (fig. 175-176). L'operazione così condotta è facilissima e sicura, e con un po' di esercizio nella sutura la si può fare in un tempo relativamente breve.

Solitamente, all'amputazione faccio precedere il raschiamento, avuto riguardo alle tanto frequenti complicanze delle alterazioni della mucosa con quelle del parenchima uterino.

Tiro poi l'utero più in basso che sia possibile, ne scopro il collo cogli speculum, disinfetto ancora una volta il campo operativo, poi sotto l'irrigazione permanente incido le labbra fino all'inserzione dei fornici. Allora, attenendomi al limite della mucosa cervicale sana dovunque esso sia, approfondo il tagliente quasi perpendicolarmente all'asse longitudinale del collo, e con una seconda incisione che dall'esterno si prolunga ad incontrare la prima, esporto dal labbro posteriore quella porzione di tessuto che nel caso speciale si ritiene sufficiente. La sutura si fa se-

guire immediatamente, e dovrà estendersi più o meno in larghezza a seconda dell'ampiezza che si desidera lasciare all'orificio uterino. Poi nello stesso modo si procede all'escisione sul labbro anteriore, dopo aver spostato un po' all' avanti le pinze che fissano l' utero in basso, applicandole al punto di passaggio dal fornice anteriore al collo.

Segue infine la sutura delle commettiture laterali; si tolgono le pinze dal fornice anteriore, perchè il collo può venir fissato a sufficienza per mezzo dei fili già applicati. Con questi fili si comincia col tirare in

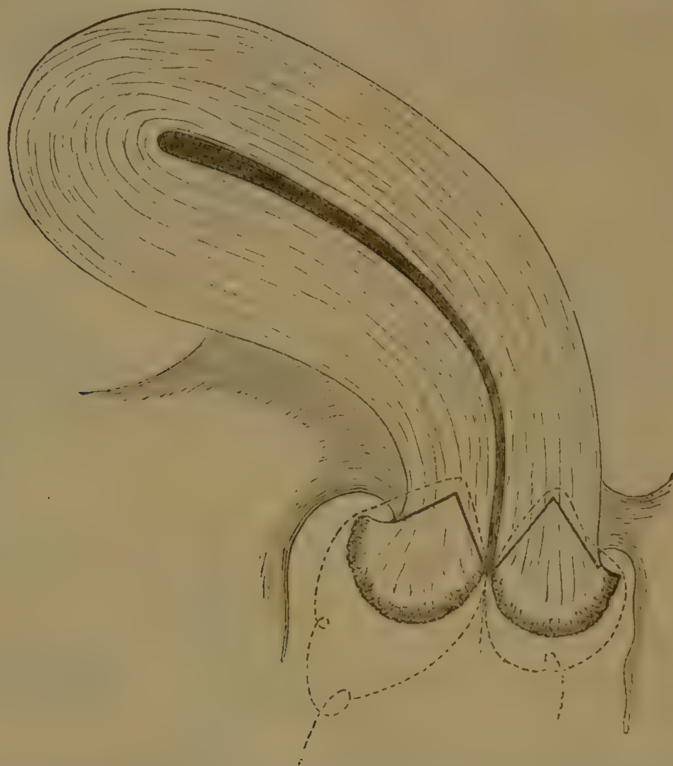


Fig. 175. — Amputazione nella metrite del collo, con ectropion delle labbra, endometrite ed erosioni.

basso e verso la linea mediana uno dei lati del collo per praticarvi le opportune suture: anche qui i punti dovranno comprendere tutto lo spessore dei tessuti ed essere molto ravvicinati, perchè è in questa zona che si hanno le più frequenti e gravi emorragie. Nello stesso modo si trae in basso e si sutura l'altra commettitura.

Di solito occorrono 8-10 punti al labbro anteriore ed al posteriore e 3-4 per ogni lato. Se l'emorragia cessa completamente, e l'adattamento dei margini mucosi appare perfetto, si tagliano i fili. Lavato ancora una volta l'utero, lo si riduce nella posizione normale e si porta la donna a letto. Solo in casi eccezionali, quando la secrezione uterina ha odore poco buono, metto in vagina un tampone spolverato di iodoformio; se i tessuti sono rilasciati e vi ha tendenza al gemizio di sangue dai tragitti dei punti, metto anche un tampone semplice più voluminoso: di solito, però, non occorre alcuna medicazione.

La paziente si terrà 7-8 giorni a letto, facendo due lavature quotidiane con soluzioni allungate di acido fenico o di sublimato. Finchè la donna non può urinare spontaneamente, si praticherà il cateterismo: cominciando dal terzo giorno si cercherà di ottenere qualche evacuazione alvina. Talvolta nei primi giorni la paziente è irrequieta, si lamenta di molestie, specialmente alle gambe, dovute all'obbligato decubito dorsale. Se i dolori e l'irrequietudine sono rilevanti, si ricorre alla morfina, abitualmente però non occorrono narcotici. Si nutrirà copiosamente la donna

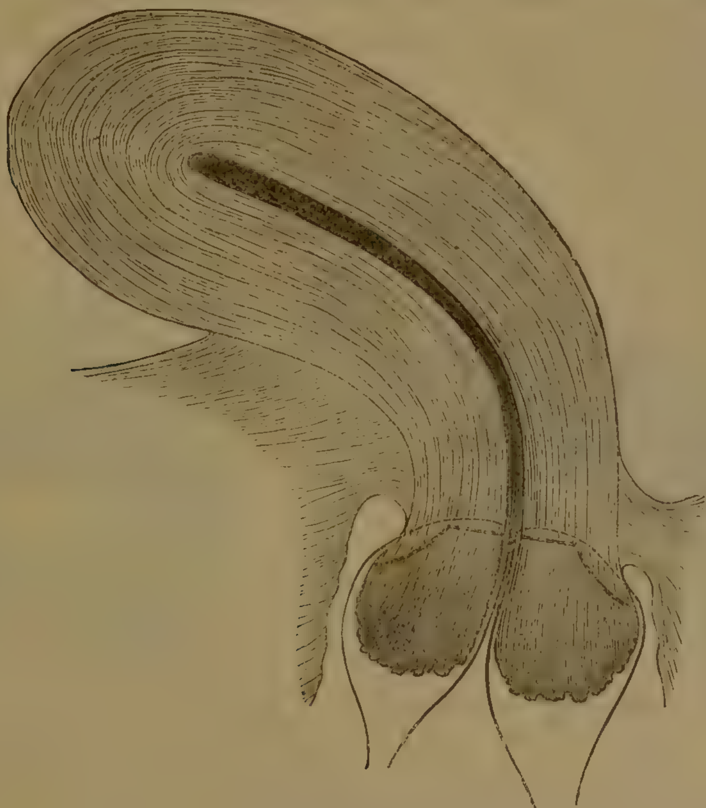


Fig. 176. — **Amputazione del collo.**

appena cessi il vomito da cloroformio. Due o tre giorni dopo che l'operata ha lasciato il letto si applica lo speculum, si pulisce la ferita, e occorrendo si rimuovono alcuni punti. Se esiste abbondante secrezione, si introduce per prosciugarla un tampone con polvere di iodoformio, da ritirarsi al giorno dopo. Nei giorni successivi si tolgono tutti i punti: del resto, anche lasciandoli più a lungo, non se ne ha nessun inconveniente, e più d'una volta ho lasciato i fili per settimane e mesi, ritirandoli poi a poco per volta. Finchè siano tolti tutti i fili, faccio fare delle irrigazioni con aggiunta di acido pirolegnoso, poi per un paio di settimane colla già indicata soluzione iodica.

Il coalito avviene in modo regolare: è raro che qualche punto, tagliando i tessuti, turbi la regolare conformazione del nuovo orifizio uterino: di stenosi non ne ho ancora osservate, in più di mille casi di simile

operazione. Sono pure complicazioni assolutamente eccezionali le cicatrici rigide e le altre deformità delle labbra.

Per molti principianti una certa difficoltà sta nell'emorragia, che avviene durante la discissione delle labbra e l'escisione dei lembi.

Anch'io nelle prime mie operazioni mi sono lasciato influenzare dalla preoccupazione per quella perdita sanguigna, ed ho io pure tentato, come altri, di limitare o di abolire affatto l' emorragia durante l'operazione. Per attuare questa emostasi profilattica o temporanea, si era proposto di attorniare e stringere il collo dell' utero in un ecraseur od altro simile strumento, appena al disopra del punto ove deve cadere l'amputa-



Fig. 177. — Sutura dopo l'amputazione.

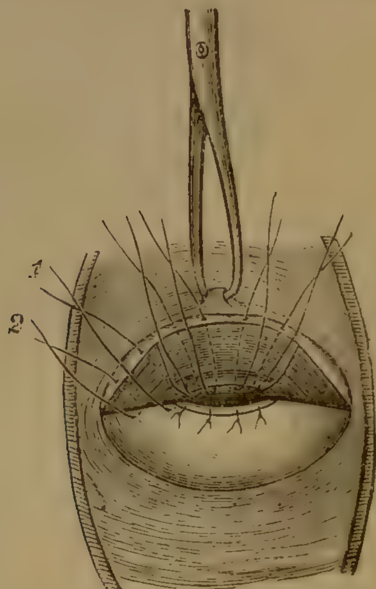


Fig. 178. — Sutura del labbro superiore dopo l' amputazione del collo (1 e 2, punti delle commessure laterali).

zione. Emmet (1) otteneva la compressione con una molla d'orologio inguainata in un tubo di gomma e raccomandata ad un *tourniquet* uterino.

Io mi sono valso allo stesso scopo di un semplice tubo di gomma (2), infiggendo nei fornici un ago di Karlsbad, che veniva a passare trasversalmente nel collo al disopra della parte da escidersi; sopra quest' ago si applicava il tubo. I vantaggi del tubo elastico sono evidenti; si può con esso stringere i tessuti senza tema di danneggiare un diverticolo della vescica o del peritoneo che vi siano eventualmente frapposti. Compiuta l' operazione si allenta il tubo, e se persiste emorragia dai tragitti degli aghi la si arresta con altri punti di sutura. Questa compressione del collo presuppone che si possa liberamente tirare in basso l'utero, e ciò ne limita già di molto l'applicazione.

(1) *Ginecologia*, 3. ediz. pag. 466.

(2) Berliner klinische Wochenscrift 1876, n. 4. — Fürst più tardi descrisse degli aghi speciali per fissare il laccio (Archiv. f. Gynäk XXVIII).

Acquistando maggior pratica nella sutura, ho sempre più trovato superfluo l' uso della costrizione, ed ora ne faccio uso nei casi più appropriati soltanto a scopo dimostrativo. La perdita di sangue durante l' amputazione può ridursi al minimum, perchè tutta l'operazione, in circostanze favorevoli e con una certa pratica, richiede solo da 6 a 10 minuti.

Si è pienamente liberi di cominciare la sutura nei punti che danno più forte emorragia, o di chiudere le arterie che danno sangue mediante suture provvisorie. Io non ricorro mai a legature isolate di vasi nello spessore della ferita.

Si fece un rimprovero all'amputazione, che cioè non basti nemmeno la sutura del moncone a garantire dalle emorragie secondarie; rimprovero che non appare del tutto infondato, se si esaminano le prime serie di osservazioni pubblicate in proposito. Per mio conto nel primo centinaio di amputazioni non ho avuto che rarissime emorragie secondarie (1), il che ascrivo alla precauzione di passar sempre i fili a tutto spessore e di stringerli assai fortemente. È certo anche questione di esercizio, ed è così che i miei assistenti, cui diedi più volte occasione di esercitarsi in questa operazione, avevano ai primi tempi molte emorragie, quando non si erano ancora perfettamente orientati sul grado di costrizione necessario. Perciò negli ultimi anni, quando i miei allievi eseguiscono qualcuna di queste operazioni sotto la mia sorveglianza, io raccomando sempre di stringere forte, e sono così riuscito ad escludere quasi completamente l'emorragia anche in queste operazioni da principiante.

Le emorragie secondarie possono presentarsi poco dopo l'operazione, oppure allo spirare della prima settimana, quando qualcuno dei fili comincia a tagliare i tessuti, od anche quando in pazienti che hanno già asciato il letto, si comincia a togliere i punti.

Per le emorragie dei primi otto giorni, una volta cercava di arrestarle con irrigazioni astringenti, col ghiaccio, ed anche col tamponamento; poi preferii, se l' emorragia è un po rilevante, di portare senza altro la paziente sul letto ginecologico, e, previa disinfezione, ed, occorrendo, nella narcosi, mettere allo scoperto il punto sanguinante arre stare l'emorragia con nuovi punti di sutura. Le emorragie di un importanza che si verificano al togliere dei punti si possono fermar col toccare la parte sanguinante col percloruro di ferro, o col mettervi contro dei tamponi imbevuti in percloruro di ferro; se però l'emorragia fosse seria e persistente, non esiterei a ricorrere anche qui alla sutura. È già però molto tempo che non mi occorre far uso di questi spedienti.

Oltre a questo metodo di operazione, molti altri se ne conoscono che si prefiggono lo stesso scopo. Mi astengo dal descriverli qui, perchè

(1) Berliner kl. Wochenschrift 1878, N. 43.

la maggior parte di essi non furono accolti nella pratica. Quando cominciai a raccomandare l'amputazione del collo come mezzo curativo della metrite cronica (1878), ho anch'io proposto un processo operativo, la cui caratteristica essenziale consisteva in una escisione della mucosa cervicale per la maggior estensione possibile. Il procedimento, consistente nella escisione di quasi tutto il collo, ed in un particolar metodo di sutura dell'escavazione che ne derivava, l'aveva già applicato in un numero non piccolo di casi quando lo raccomandai al pubblico, e fino ad allora non ne avevaavuto alcuno inconveniente. Solo più tardi vidi conseguirne molteplici stenosi e perfino atresie. Tentai perciò di modificare il processo, ma ciò mi portava ad un tecnicismo troppo complicato ed artificioso. È per questo che io pure non ricorro più che eccezionalmente a tale metodo, e mi astengo di conseguenza dal parlarne più in esteso.

5. — Amputazione alta del collo.

I metodi fin qui descritti, per quanto modificabili a seconda delle esigenze dei singoli casi, si dirigono però solo contro le malattie che colpiscono il segmento inferiore del collo. In casi rari può tornare necessaria l'esportazione di tutto il collo, fino a ridosso del corpo. Una indicazione di questo genere si vuol trovare nei neoplasmi maligni del collo ai loro inizi, e viene ancor oggi mantenuta e difesa nelle conclusioni che Hofmeier ritrasse dall'esame del materiale di Schröder (1). Sino a 6 anni fa ho operato più volte con questa indicazione, e dopo d'allora ancora qualche volta incidentalmente, limitandomi all'ablazione del collo. Procedetti allora nel modo già descritto, esportando il collo in totalità. Però l'esperimento che ho fatto di questo piano operativo è stato decisamente sfavorevole, per quanto concerne la guarigione radicale del cancro.

In tutti questi casi ho visto avvenire la recidiva; nei casi più favorevoli venne in scena dopo un anno, spesso assai prima, e sempre con decorso tanto rapido da rendere impossibile ogni altra operazione radicale, e da condurre in breve le disgraziate pazienti alla tomba. In vista di ciò, ho rinunciato all'amputazione alta nei casi di carcinoma. I risultati della mia esperienza in proposito li ho già riferiti.

L'operazione è per sè non molto pericolosa, specialmente se si adottano le cautele consigliate da Schröder (2). Consistono queste nella legatura provvisoria dei legamenti larghi, nel punto ove questi contengono le arterie uterine, e possibilmente le utero-ovariche.

Questa legatura, di cui ho già parlato accennando alla discissione

(1) Hofmeier, Congresso di Berlino del 1886.
(2) Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. III p. 419 e VI, pag 213.

del collo per farsi strada a penetrare nella cavità uterina, si può applicare con non dubbia efficacia anche nell'amputazione alta del collo. Nei 27 casi (1), nei quali ho potuto così escludere l'emorragia durante l'ablazione del collo, non ho trovato speciali difficoltà nè nell'applicare le legature, nè nel trattamento consecutivo. Solo, in vista dei dolori straordinariamente intensi che colpiscono le pazienti al loro risveglio dalla narcosi, mi vidi presto costretto a rimuovere questi fili, il che ora faccio regolarmente appena finita l'operazione.

L'ablazione del collo mediante l'allacciatura provvisoria dei legamenti larghi, si fa come nell' amputazione comune. Nella narcosi, in posizione dorso-sacrale, sotto irrigazione continua, si afferra la *portio* che, scoperta e disinfettata, viene spostata verso un lato. Un robusto ago curvo montato con filo doppio di seta viene infisso nel fornice a ridosso dell' utero: descrivendo una forte curva, l' ago vien fatto uscire in vicinanza al punto di impianto, e il filo vien così ad abbracciare la base del legamento largo. Prima di stringere il nodo si riporterà la *portio* sulla linea mediana, per evitare l'eccessiva tensione.

Nella stessa guisa si procede per l'altro lato, ed eventualmente si impiantano altri fili dietro o davanti ai primi, passanti per la base del legamento. Si spacca allora il collo e se ne divaricano le due metà, tanto più, quanto più alta si vuol fare l'amputazione.

L' esportazione della metà posteriore si può fare cominciando dal basso, all'inserzione del fornice posteriore, oppure cominciando dall'alto. Se le legature nei fornici furono applicate a dovere, l' emorragia sarà raramente copiosa, tanto più se non si indugia a mettere dei punti profondi di sutura, per unire subito e strettamente il margine vaginale della ferita col cervicale (vedi fig. 172).

Nello stesso modo si escide la parete anteriore del collo, dopo avere, dal fornice in sù, dissecato il collo dalla vescica mediante caute trazioni ed aiutandosi colle unghie. Anche qui si passeranno dei punti profondi per riunire fra loro i margini della mucosa vaginale e cervicale. Infine si procede alla sutura delle commettiture laterali, e, chiusa completamente la ferita, si rimuovono le allacciature poste nei fornici. Terminata l'operazione, il corpo dovrà esser disceso in vagina di tanto, quanto fu la lunghezza del collo esportato.

L' operazione, per quanto semplice essa appaia, può esser molto difficoltata dalla presenza di complicazioni, e specialmente di cicatrici nei fornici. Non è raro l'osservare ferite del peritoneo, ed apertura dello spazio del Douglas.

---

(1) Negli ultimi anni, a questo numero se ne aggiunsero 5 o 6 all'anno; si confronti coll'uso dell' allacciatura provvisoria dei legamenti larghi nel raschiamento dei cancri inoperabili.

Le lesioni dello spazio del Douglas, in ciò sono concordi quasi tutti gli autori, non hanno poi con sè il pericolo che una volta si voleva attribuire a tutte le ferite del peritoneo. Non sono però da trascurarsi, e bisognerà far osservazione specialmente all'ampiezza della ferita e al numero dei vasi che possono venire interessati ai lati dell'utero. In casi di ferite del peritoneo, se non si potevano cucire isolatamente i bordi, io ho riunito tutto all'intorno della ferita il peritoneo colla parete vaginale (come nell'isterectomia vaginale), mettendo poi nel foro beante un tubo di drenaggio da lasciarsi in posto per tre a sei giorni. Queste ferite venivano così a guarire senza complicazioni.

6. — Isterectomia vaginale.

L'estirpazione totale dell'utero, fatta dietro un piano prestabilito da Langenbeck il vecchio nel noto caso (1813), e da Sauter (1822), era stata di nuovo abbandonata, nè era bastata a riabilitarla l'operazione fatta da Hennig (1) nel 1876, quando Freund (2) nel 1878 la introdusse ancora nella pratica con un nuovo metodo.

Sebbene il metodo di Freund sia poi stato in seguito abbandonato dal maggior numero degli operatori perchè, quanto più crescevano le statistiche, esso dava risultati sempre peggiori, pure spetta a Freund il gran merito di aver messo la moderna ginecologia sulla strada di nuovi progressi in questo campo.

Czerny (3) pel primo sostituì a quella di Freund l'operazione per la vagina: e poco dopo casi analoghi furono pubblicati da Billroth (4), Schröder (5), Schede (6) e da me (7). Il procedimento proposto da Fritsch (8) ha trovato grande diffusione.

L'isterectomia, in qualunque modo sia eseguita, trova la sua principale indicazione nei neoplasmi cancerosi o sarcomatosi dell'utero Queste forme maligne si possono oggidì riconoscere molto più presto e sicuramente di quanto una volta fosse possibile, e perciò noi non ci lasceremo sviare nè dalle contradittorie sentenze che si sollevano contro l'isterectomia per ragioni d'indole morale, e neppure dall'incostanza di un esito favorevole, perchè quanto più presto operiamo, tanto meglio si potrà sperare che l'operazione sia efficace, in riguardo non solo alla guarigione immediata, ma anche alla possibilità di una recidiva.

---

(1) Congresso di Amburgo, 1876.
(2) W. A. Freund, Sammlung klin. Vortr. N. 133. — Centralbl. f. Gyn. 1878 N. 12, e Berl. klin. Wochenschr. 1878 N. 27.
(3) Wiener. Med. Wochenschr., 1879, 45-49.
(4) Wölfler, Chirurgen-Congress 1880.
(5) Ibid.
(6) Congresso di Danzig, 1880, e Baum .Zeitsch, f. Geb. u. Gyn. VI.
(7) Danzig 1880, e Centralbl. f. Gyn. 1881.
(8) Centralbl. f Gyn. 1883, N. 57.

E solo in rapporto al cancroide della *portio* che esiste qualche disparere fra i ginecologi tedeschi, se sia da preferirsi l'estirpazione totale, o se basti per avventura l'amputazione alta con cauterizzazione del peduncolo.

Schröder con Hofmeier, appoggiati alle loro statistiche, difendono quest'ultimo procedimento, mentre d'altra parte vanno sempre più aumentando le voci in favore dell'immediata operazione radicale (1). Io ho già esposto il mio parere in proposito e sono convinto che un'operazione fatta di buon'ora offra da una parte una prognosi migliore dal punto di vista operativo, e dall'altra migliori speranze di guarigione radicale. I risultati, naturalmente ancora limitati, della mia esperienza su questo punto li ho già fatti conoscere addietro.

Il campo delle indicazioni per l'isterectomia fu ampliato in vario senso. Io stesso ho eseguito l'operazione per adenoma maligno, cioè per esuberante proliferazione ghiandolare nella mucosa del corpo, con scomparsa del tessuto interghiandolare.

Io credo che, avuto riguardo all'importanza sempre maggiore che si va assegnando a questa forma morbosa, le opposizioni a questa indicazione cesseranno completamente, appena che, perfezionata la tecnica, l'operazione sia resa più sicura.

Eseguii inoltre l'estirpazione vaginale per endometrite emorragica in donne giunte all'età critica, in casi di emorragia ribelle ad una lunga e paziente terapia, senza che mi sia riuscito di riscontrare nei prodotti di ripetuti raschiamenti (fino ad otto volte) altro che un intenso stato irritativo. — Le donne cui alludo (in numero di sette fino al Gennaio 1887) erano tutte vicine all'età critica, e, per le protratte emorragie, erano cadute in uno stato di anemia minacciosa; nè la cura ospitaliera per mesi e mesi, nè la più razionale terapia attuata a domicilio avevano potuto preservarle dall'estremo grado di prostrazione. In casi di questo genere alcuni autori (2) danno la preferenza alla castrazione, sperando di poter con essa determinare l'involuzione dell'utero. Io ho fatto a questo riguardo una prova, ma il risultato finale non fu favorevole; dopo la castrazione l'infelice paziente continuò a perdere sangue quasi quanto prima. Mi dovetti perciò risolvere all'isterectomia. Devo in proposito far notare che per dignità di operazione la castrazione eguaglia di certo l'isterectomia vaginale.

Prescindendo dalle indicazioni fornite da queste gravi malattie dell'utero, Kaltenbach ed io pel primo abbiamo eseguito l'estirpazione dell'utero per prolasso non altrimenti curabile. Nei miei tre casi si trattava di donne che avevano da tempo sorpassata l'età critica; in una l'utero

---

(1) Zeitschrift. f. Geb. u. Gyn. XIII p. 367.
(2) Brennecke, Berl. klin. Wochenschr. — Staude, ibid. — Fritsch, Arch. f. Gyn. 1887.

relativamente grosso aveva resistito a tutti i tentativi di cura operativa fatti in diversa direzione, mentre negli altri il pavimento del bacino ridotto per atrofia senile era incapace a sorreggere l'utero male involuto. In due casi l'utero era inoltre retroflesso, nè alcuna risorsa ortopedica era valsa a mantenerlo in posizione normale. Le tre donne dall'esistenza del prolasso erano assolutamente incapacitate al lavoro e costrette ad un non interrotto riposo.

Quando esistano fenomeni così gravi e trattandosi di donne vecchie, io ritengo giustificata l' isterectomia, tanto più se si hanno emorragie uterine, seppure non dovute a neoplasmi maligni. Mi guardo bene però dal decantare l'isterectomia vaginale come applicabile in genere a tutti i prolassi: intendo solo parlare di casi estremi, del genere di quelli accennati.

Una indicazione affatto speciale per l' isterectomia vaginale mi si offrì il 2 gennaio 1886. In una donna in stato di profonda anemia, io avevo constatato attraverso al canale cervicale pervio la ritenzione di residui placentari. La diagnosi aveva lasciato qualche dubbio, e perciò invitai all'esplorazione il medico curante ed i miei assistenti. Quando poi mi accinsi ad eseguire la supposta facile ablazione dei residui di placenta in decomposizione, trovai lacerata la parete posteriore del corpo, sicchè parte del contenuto si era versato nella cavità addominale. In vista dello stato di degenerazione grassa dell' utero, dell' indubbia decomposizione del contenuto, e dell' impossibilità di combattere altrimenti l'infezione del cavo peritoneale che non poteva mancare, esportai l'utero e disinfettai la parte accessibile del bacino. La paziente guarì senza reazione.

Dalla metà del giugno 1880 nel mio Istituto ho eseguito 134 isterectomie vaginali, e cioè:

10	nell' anno		1880
9	»	»	1881
22	»	»	1882
20	»	»	1883
16	»	»	1884
24	»	»	1885
30	»	»	1886
3	»	»	1887 (fino al 15 gennaio)

134 con 22 morte.

Di queste, 66 furono isterectomie complete eseguite per cancro dell' utero, e ne morirono 11. Su 44 operate fino alla fine del 1885, al principio del 1887 ne erano ancora sane 31, cioè il 70.3 % di guarigione durevole. Nel 29.7 % si ebbe recidiva. Altre 28 furono estirpazioni incomplete con 8 morte. 19 furono operate per adenoma, e ne morirono 2:

poi 7 per endometrite emorragica non altrimenti guaribile, con scarso sviluppo ghiandolare ed abbondanti vegetazioni, e con emorragie che non si erano potute frenare con ripetuti raschiamenti e cauterizzazioni. Tutte queste pazienti guarirono.

2 Isterectomie furono fatte per sarcoma, guarite ambedue.
4 » » » » per miomi, tutte guarite.
1 » » » » per perforazione dell' utero puerperale, guarita,
3 » » » » per voluminoso prolasso, guarite.

Fra le controindicazioni alla isterectomia vaginale io ho posto parlando del carcinoma, la diffusione dell'infiltrazione ai tessuti contigui all' utero.

Oltre a questa, io riconosco due altre controindicazioni, l' una data dalle aderenze dell'utero cogli organi vicini, l'altra dal volume dell'utero stesso. Le aderenze, anche se non sono di natura cancerosa, rendono straordinariamente difficile l'estirpazione vaginale, ma se anche si giunge a superare questa difficoltà, e a rompere le aderenze dalla vagina fin sopra lo spazio del Douglas, più che la gravità stessa dell'operazione è da considerarsi il fatto che le aderenze lacerate rappresentano altrettante ferite, che esercitano la più funesta influenza sui processi di guarigione. Frequentissime le emorragie e le profuse secrezioni, inoltre le superfici così a brandelli non cicatrizzano senza reazione flogistica, ed offrono un opportunissimo terreno di coltura ai germi infettanti, che di lì possono diffondersi a tutto il peritoneo. Più volte ho avuto a che fare con simili difficoltà create dalle aderenze, eppure nel maggior numero dei casi sono riuscito a condurre a termine l'operazione. Ma la maggior mortalità nelle mie isterectomie vaginali si è appunto verificata in questa serie di casi. — Fino a qual punto il volume dell'utero permetta ancora l'estirpazione dalla vagina è difficile dirlo in tesi generale. Bisogna aver riguardo allo stato del corpo uterino, se duro e rigido, oppure molle e plasmabile, ma principalmente bisognerà ben ponderare se il lume della vagina si presti senza eccessiva lesione al passaggio dell'utero.

In tutti i casi in cui non si può eseguire l'isterectomia vaginale, resta la laparotomia con amputazione sopravaginale pei cancri del corpo, oppure l'estirpazione dell'utero mediante una modificazione del processo di Freund.

Io nella mia pratica mi sono convinto che raramente nel cancro od in altre malattie del collo si trova per questo motivo un assoluto impedimento all'isterectomia vaginale: ma se si tratta di malattia del corpo, l'amputazione sopravaginale previa laparotomia mi sembra il metodo più semplice e sicuro, in cui si può dare all' esportazione la voluta estensione, ed occorrendo si può fare anche l'ablazione del collo dell'utero.

Rydygier (1) ha fatto la proposta di incidere la mucosa vaginale tutto attorno al collo, e quindi eseguire l'operazione del Freund. Schröder (2) in una partoriente con forte inspessimento canceroso del collo, dopo il taglio cesareo isolò dall'alto il collo, legò le arterie uterine, e portò

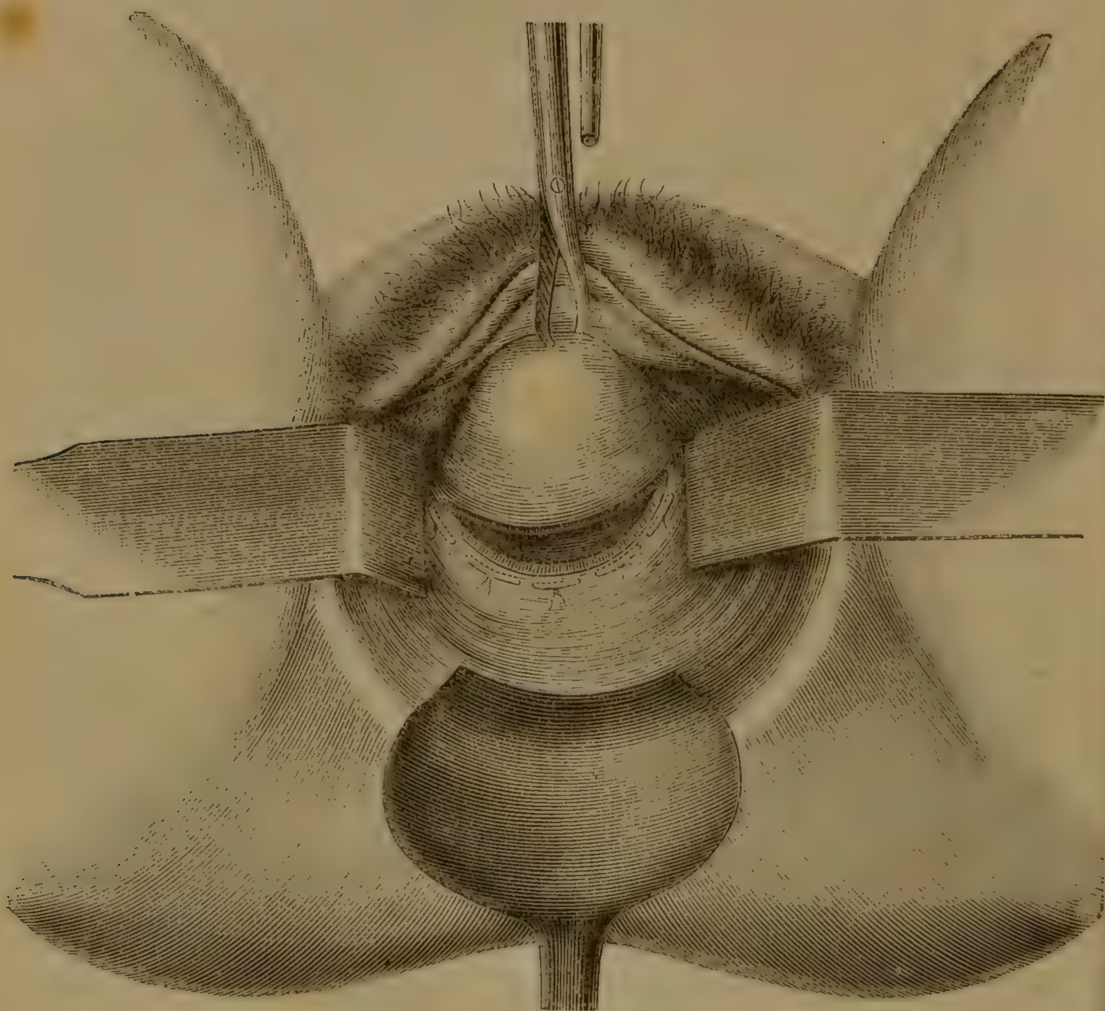


Fig. 179. — Isterectomia vaginale. Apertura del cavo del Douglas, Sutura del fornice.

l'incisione sui fornici dopo avervi applicato il laccio elastico. In un caso di tumore ovarico combinato con mioma intralegamentoso e con cancro del collo, eseguii prima dalla vagina l'ablazione di questo, facendo le necessarie legature, e il giorno susseguente esportai mioma ed utero mediante laparotomia. La paziente guarì, ma la recidiva si manifestò nel corso dell'anno (3).

Nell'isterectomia vaginale io adotto il seguente processo: svuotato

(1) Berliner Klin. Wochenschrift, N. 45, 1880.
(2) Società di Ost. e Gin. di Berlino 1885.
(3) Società di Ost. e Gin. di Berlino 1885.

l'intestino, e disinfettata minutamente la vagina, si cloroformizza la paziente e la si colloca nella posizione dorso-sacrale: il fornice viene scoperto con speculum univalvi e con divaricatori, poi si afferra con pinze uncinate il collo alla sua parte posteriore, tirandolo in avanti quanto è

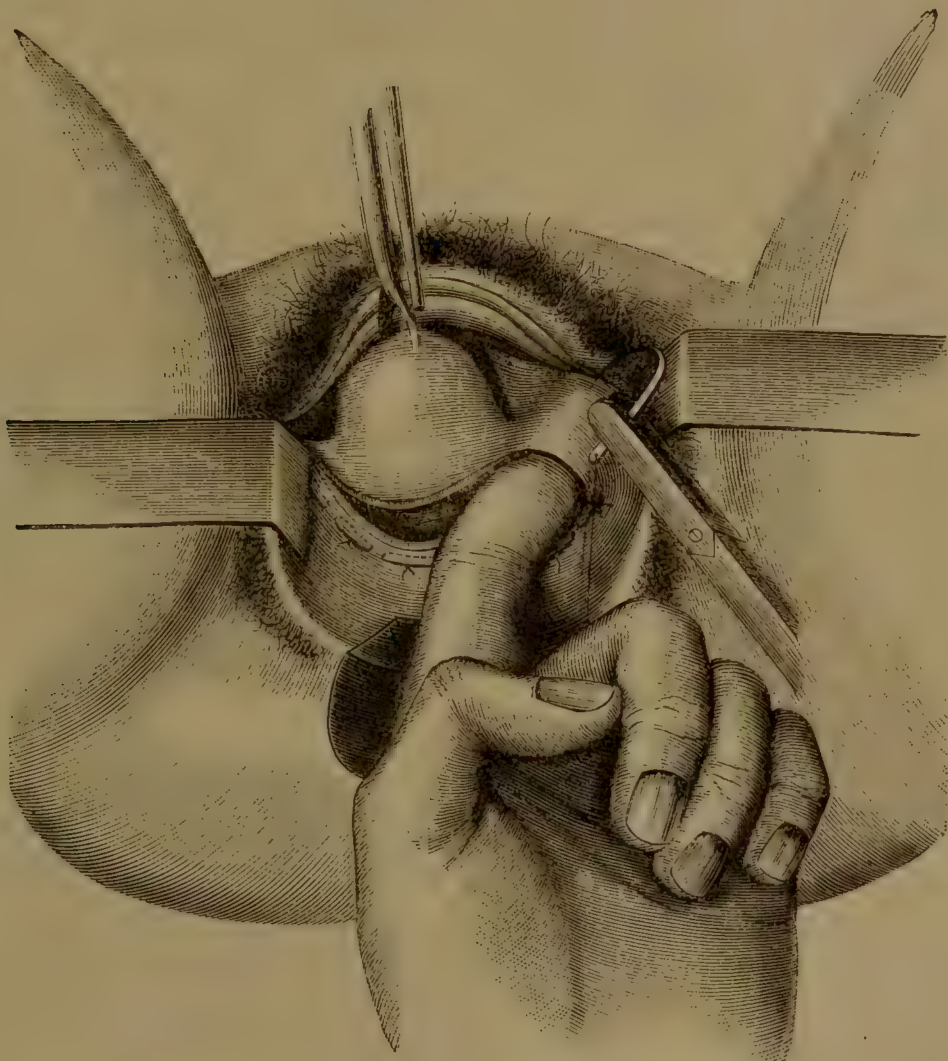


Fig. 180. — Isterectomia vaginale. Lacci sulla base del legamento largo.

possibile verso la sinfisi. Si viene così a tendere il fornice posteriore, in modo da poter bene dominare l'inserzione della vagina all'utero. In tutta l'estensione di questa inserzione pratico allora un'ampia breccia, in modo da arrivare subito sullo spazio del Douglas. Se lo spessore dei tessuti che uniscono il collo all' utero è poco rilevante, non è raro che lo spazio del Douglas venga aperto nella prima incisione. Se invece vi è una massa cospicua di tessuti, torna difficile e imbarazzante il crearsi una strada in mezzo ad essi, e le difficoltà crescono quanto più in alto ci portiamo. Aperto lo spazio del Douglas, dilato l'incisione in modo da po-

tervi introdurre l'indice sinistro, poi con un piccolo ago a forte curvatura applico una sutura nel margine vaginale, in tutta l'estensione della breccia praticata (fig. 179 e 180).

L'ago viene impiantato in vagina e, col controllo del dito introdotto nella cavità peritoneale, vien fatto passare attraverso lo spessore del fornice, abbracciando il peritoneo e di lì viene fatto ripassare in vagina a circa 1 cent. dal punto d'impianto.

Occorrono di solito 4 a 5 di queste suture che riuniscono intimamente il peritoneo dello spazio del Douglas colla parete vaginale e fanno in questo posto cessare ogni emorragia. Se da parte dell'utero vi è perdita cospicua di sangue, faccio passare alcuni punti anche nella superficie di sezione attinente all' utero, e mi procuro coi fili un mezzo di trazione per gli ulteriori movimenti da imprimersi all' utero. Solo dopo che sia completamente cessata ogni emorragia si continuerà nell' operazione.

Se si trovano difficoltà nell'apertura della tasca del Douglas, e frattanto l'emorragia è grave, pratico la sutura sulla ferita ancor prima che la tasca stessa venga aperta, poi, divaricando colle pinze questi tessuti, proseguo in profondità lungo la parete posteriore del collo. Il peritoneo si presenta come una sottile membrana trasparente, dietro alla quale trovasi talvolta una piccola quantità di liquido. Aperto il peritoneo, si completa poi la riunione tra questo e la parete vaginale. Sempre dovrà essere arrestata completamente ogni perdita sanguigna, prima che si passi al secondo tempo dell'operazione.

Comincia questo colla legatura della base dei legamenti larghi: mentre il dito introdotto nello spazio del Douglas deprime il fornice laterale, sulla guida di esso si impianta nel fornice stesso un robusto ago armato di doppio filo (fig. 180).

Anche questi fili devono abbracciare il peritoneo e la parete vaginale. Spesso riesce impossibile far ripassare l'ago immediatamente in vagina, senza che prima lo si sia estratto dal lato del peritoneo. In questi casi l'indice introdotto nel cavo peritoneale, mantenendo coperta la punta dell' ago, la farà sortire per la breccia nel fornice posteriore e, tenendo sempre fisso l'ago alla sua cruna con una mano, se ne afferrerà la punta con un secondo porta aghi. Allora solo si toglie il porta aghi dalla cruna e si estrae tutto l'ago per poi, afferratolo di nuovo, impiantarlo, sulla guida dell'indice, nel peritoneo e farlo sortire in vagina a circa 1 cent. dal punto di impianto. Questi fili si dovranno stringere a gran forza; di solito ne colloco tre per lato e riunisco così il pavimento pelvico alla vagina fin verso la faccia anteriore del collo. I vasi afferenti vengono con questa sutura allacciati sicuramente prima di inciderli.

L'isolamento del collo dai tessuti vicini fino alla periferia anteriore succede di solito senz'altra perdita di sangue. Il bisterì viene portato

contro il collo, finchè esso sia reso libero d'ambo i lati in tutta la sua estensione, cioè fino a ridosso del corpo. Arrestata ogni emorragia, si incide la periferia anteriore, stirando fortemente l'utero all'indietro per tendere il fornice anteriore. Inciso questo, io mi servo della falange ungueale per scollare la vescica nella sua parte che è in rapporto col collo, spingendomi più o meno in alto a seconda dell' estensione di questi rapporti, estensione che varia assai, al pari di quella tra fornice posteriore e collo dell'utero. L'ho trovata talvolta di 1 cent., talvolta di 5 cent. e più. Non di rado bisogna ricorrere al bistorì per rompere qualche fascio più saldo. Anche qui si farà subito una sutura possibilmente esatta della superficie scollata colla parete vaginale per mezzo di piccoli aghi, che vengono fatti passare sotto i tessuti, rasente alla vescica, tenendosi appena sotto alla superficie. Bastano di solito quattro di queste suture per ottenere l' emostasi, e per fare un tutto continuo della sutura che contorna il foro praticato nei fornici.

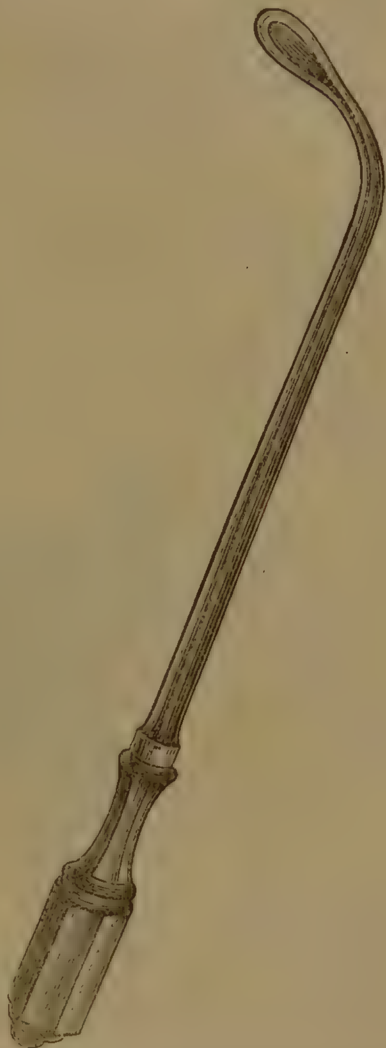


Fig. 181. — Strumento per facilitare il capitombolo dell'utero.

Arrestata l'emorragia, torno all'isolamento della parte posteriore dell'utero: esamino il volume e la mobilità dell'utero, e lo afferro al labbro posteriore con una pinza di Muzeux per tirarlo fortemente in avanti. Nello spazio del Douglas si introduce uno speculum del Simon o un divaricatore laterale, per impedire che il fondo nella sua discesa in basso venga trattenuto dal margine posteriore della ferita. Portando le pinze di Muzeux sempre più in alto, si tira mano mano in corrispondenza all' apertura la superficie posteriore del corpo, ed il fondo dell'utero. Se l'utero è mobile e non molto voluminoso, questa estrazione non incontra gravi difficoltà; se è ampio e grosso, può tornare assai difficile questo momento dell'operazione. Il còmpito vien talvolta facilitato se si solleva il collo dietro la sinfisi; in altri casi ho introdotto nell'utero lo strumento qui figurato (fig. 181), per far eseguire all'utero il capitombolo. La sua introduzione potrebbe urtare in ostacoli per l'angustia del canal cervicale, ma sarebbero facilmente superati, spaccando questo canale. Io però faccio volontieri a meno di questo strumento,

perchè con esso si viene di solito a perforare la parete posteriore dell'utero, e il contenuto si versa sulla superficie della ferita. Se l'utero vien portato all'apertura col suo fondo, è facile poi tirarlo in basso fino alla rima vulvare, purchè il connettivo pelvico sia stato scollato su estensione sufficiente. In altri casi si trovano anche qui difficoltà cospicue, che devono essere superate col bistorì o colle forbici.

Fatto il capitombolo, le difficoltà che si incontrano concernono specialmente l'emostasi, questione importantissima. Io isolo ai lati dell'utero

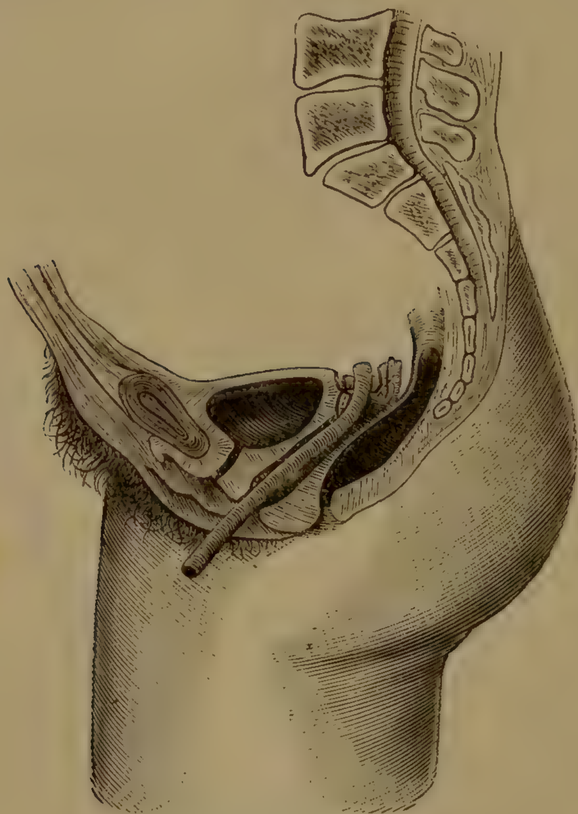


Fig. 182. — Drenaggio dopo l'isterectomia.

l'inserzione dei legamenti larghi, dispiego le tube e la parte di legamento che le avvicina, per farne la legatura in due o tre segmenti, legatura che faccio da ambo i lati prima di passare all'ablazione dell'utero Resta ancora da dividere una massa di tessuto, talvolta assai resistente ai lati del segmento inferiore dell'utero: anche questa massa, resa facilmente accessibile col distacco dell'inserzione della tuba e del punto d'attacco del legamento rotondo, viene trafitta con un ago, cominciando dal lato sinistro, abbracciata in una legatura, e fortemente serrata prima di venir incisa (1). L'isolamento nell'escavazione vescico-uterina riesce facile

(1) Vedi Düvelius Centralbl. . Gyn. 1885, N. 43.

se si tengono le forbici od il bistorì sempre a ridosso dell'utero. Anche qui mi piace cucire il peritoneo colla parete vaginale prima che, completato il distacco, esso si sottragga dalla possibilità di un controllo.

Il distacco termina di solito al lato destro, coll' incisione del corrispondente legamento largo. Anche qui, prima di staccare completamente l'utero, ci assicureremo dell'emostasi mediante punti di sutura che fissino il moncone. È relativamente raro che durante l'osservazione le anse intestinali si ficchino nel campo operativo, o vengano anche solo in vista. Se per caso disturbano, si trattengono con una spugna che le preserva pure da eventuali lesioni.

Le ovaie e le tube discendono spesso attraverso alla ferita, anche se notevolmente ingrossate: in questi casi sono riuscito con poca fatica a isolarle ed esportarle.

Fino a questo momento basta per tener pulita la ferita una irrigazione permanente con una debole soluzione fenicata: cominciando da questo momento io adopero due o tre piccole spugne per pulire la tasca del Douglas, e per controllare i margini della ferita, facendoli sporgere con trazioni su queste spugne, che sono affidate a lunghe pinze.

Emorragie rilevanti subito dopo il distacco dell'utero io non ne ho mai osservate nelle mie operazioni.

Ma anche le più piccole perdite di sangue si dovranno far cessare con opportuni punti di sutura, dopo di che si introduce nello spazio del Douglas un grosso tubo da drenaggio con una sbarra trasversale (figura 182), si controlla lo stato della vescica col cateterismo, e resta così finita l'operazione. Il tubo da drenaggio viene arrovesciato col suo estremo in vagina, e si applica un grosso tampone per chiudere l' ostio vaginale, che resta beante per la distensione a lungo sofferta.

L'operazione ha durata diversa a seconda delle difficoltà incontrate specialmente nel primo stadio, durata che oscilla fra 20 minuti e due ore. Se l'utero gode di tutta la sua mobilità e il peritoneo è facilmente accessibile, la perdita di sangue è minima: in simili casi ho spesso constatato che essa non sorpassava i 15 gr. di sangue. Può invece diventar cospicua in altri casi, anche se con opportuni punti di sutura si è cercato di rendere ischemici i tessuti da incidersi. È però molto tempo che non mi accade di vedere di queste emorragie minacciose: per frenarle prontamente è indispensabile essere molto pratici nel maneggio dell'ago.

Le emorragie raggiungono una intensità speciale nelle malattie degli annessi, sia che trattisi di cicatrici da flogosi pregresse, o di iniziale infiltrazione. Forse il fatto che io negli ultimi tempi non ebbi più a presenziare serie emorragie, è da attribuirsi in parte alla maggior riserva che ho adottato nei casi di simili infiltrazioni, nei quali vado molto più

a rilento di una volta nell' applicare l'estirpazione totale, sebbene spesso si tratti di casi in apparenza favorevoli (1).

Del resto io sono sempre riuscito ad arrestare le emorragie, anche se rilevanti, colla legatura in seno ai tessuti dei vasi sanguinanti, più d' una volta dovendo ricorrere a grossi aghi impiantati nel pavimento pelvico lungo le pareti del bacino.

Nell'isterectomia per prolasso si può pensare all'emostasi profilattica mediante laccio costrittore. In due dei miei casi ho potuto trarre l'utero retroflesso tanto in basso, da applicarvi sopra un tubo di gomma; l'operazione divenne così affatto incruenta. In questi casi io non ho aperto lo spazio del Douglas trasversalmente, ma con una incisione che dall'inserzione posteriore della vagina si prolungava perpendicolarmente verso l'utero retroflesso e giacente davanti alla rima vulvare, e da questa bottoniera ho praticato la sutura, dapprima posteriormente e lateralmente, infine anteriormente, per procedere nel resto come nella descrizione testè data.

Dopo questa operazione io mi attengo ancora al drenaggio dello spazio del Douglas, ad onta delle molte pubblicazioni (2) che dimostrerebbero come il tralasciarlo non arrechi alcun danno. Io parto dal principio, che per l' operazione il peritoneo pelvico viene a trovarsi in un tale stato irritativo, da cui deve sempre derivare una essudazione reattiva. Senza pretendere di riescire con questo drenaggio a vuotare completamente anche la sola tasca del Douglas, mi pare però che nel modo indicato di applicazione, basti per l' evacuazione dei secreti, e due osservazioni mi convalidano nel mio modo di vedere. In un caso volli tentare la sostituzione di un tubo metallico al drenaggio in gomma. Ma l tubo sfuggì alla sera del primo giorno, e la paziente soccombette ad una peritonite generale, sviluppatasi da una modica raccolta purulenta nel fondo dello spazio del Douglas. Nel secondo caso la lettura delle pubblicazioni sui casi a decorso favorevole senza drenaggio mi indusse ad omettere questo provvedimento fino ad allora sempre applicato. La paziente dapprima superò bene il collasso operativo, ma nel corso del secondo giorno si notò alterazione della fisionomia, frequenza aumentata del polso ed un collasso minacciosissimo, che sparve di botto quando, posta a sedere la paziente, con un dito divaricai i margini dell'apertura esistente nei fornici. Si evacuò così una quantità di liquame vischioso e fetido. Da questo momento la paziente si riebbe e, ripetendo poi più volte lo svuotamento mediante catetere della tasca del Douglas, guarì, certo, assai più lentamente di quanto suole accadere in queste operate. Siccome poi d'altra parte non ho mai avuto a deplorare alcun inconve-

(1) Schultze, Deutsche mediz. Zeitung 1885.
(2) Staude, Deutsche med. Wochenschrift, 1886.

niente dall' uso del drenaggio, io tengo fermo nel ricorrervi. Ammetto che in apparenza il tubo aperto possa sembrar favorevole all'importazione di una infezione, tanto più che l'avvolgerne l'estremo libero con cotone all'acido salicilico non dà una garanzia assoluta, e il continuo scolo del liquido non esclude la possibilità di una introduzione dell'aria, se non nel caso del più assoluto riposo della paziente. Ma i risultati clinici dei casi da me operati parlano troppo evidentemente in favore del drenaggio.

La cura consecutiva è più che tutto aspettante: vescica di ghiaccio sul ventre e riposo: se vi sono dolori, che possono essere rilevanti specialmente da parte della vagina, si ricorre alla morfina: se la donna non urina spontaneamente, si ricorre al cateterismo. Fino a che persiste la tendenza al vomito non si dà alcun cibo; e solo dopo cessati gli effetti del cloroformio si darà latte, vino ed acqua, brodo; al 3.°-4.° giorno carne. Di solito verso il 3.°-4.° giorno la donna accusa un particolare senso di stiramento in corrispondenza del bellico, ed è allora che faccio togliere il tubo. Lavature in vagina se ne fanno solo in casi di secrezione troppo abbondante e di cattivo odore. Lavature del cavo addominale da molto tempo non ne faccio più fare. Tolto il tubo, si lascia ancora la donna a riposo per 4-5 giorni, cioè fino a 9-10 giorni dall'operazione. Se allora si distende la vagina per ispezionare la ferita, se ne trova completamente occluso il fondo. A questo periodo non mi è mai capitato di constatare una libera comunicazione fra vagina e cavo peritoneale. Togliendo solo gradatamente i punti, e toccando con percloruro di ferro o tintura di iodio le granulazioni sviluppatesi attorno ai fili, finchè siano completamente disseccate, il fondo cieco della vagina finisce col restringersi notevolmente. La cicatrice, formatasi senza distacco di cospicui lembi di tessuto, come si potrebbe credere in seguito alle numerose legature praticate, è molto solida, raramente più lunga di due centimetri, ed ha forma raggiata. Se nel decorso della guarigione sopravvengono emorragie, come vidi accadere per vomito ripetuto, bastano per lo più a frenarle le irrigazioni con acqua freddissima o calda a 40°, se no bisognerà ricorrere alla sutura per chiudere di nuovo il punto sanguinante.

Nelle malattie del peritoneo, che dopo queste operazioni sono quasi sempre d' indole settica, ho fatto talvolta per lo passato il tentativo di disinfettare il cavo addominale; ma l' esito di questa disinfezione è per lo più incompleto, e l' infezione riesce grave e minacciosa quanto dopo le laparotomie. Più d'una volta si vede formarsi nei monconi dei legamenti larghi un essudato, che non importa però un pericolo così grave quanto l'interessamento del peritoneo. La raccolta si svuota o verso la vagina, o per il lume ancora conservato dell' apertura, o ne segue la guarigione.

Come già si disse, sebbene la breccia praticata nei fornici resti beante durante l'operazione, non è facile che attraverso ad essa si renda procidente, od anche solo accessibile alla vista, una qualche ansa intestinale. Invece in un caso nel quale si era constatata l' infiltrazione carcinomatosa di ghiandole sottoperitoneali, in modo da rendere ineseguibile un'operazione radicale, si constatò che le anse del tenue avevano contratto coalito col fondo dello spazio del Douglas, e trattandosi di donna ad alto grado di anemia, si era stabilito un processo di mortificazione in varî punti, dando origine a fistole intestinali, che evacuavano il loro contenuto nel fornice. In seguito ai disturbi di nutrizione causati da queste fistole, la paziente veniva a deperire rapidamente, ad onta dei tentativi di nutrizione pel retto, e forse in parte anche per il rapido sviluppo del neoplasma canceroso. Ho tentato poi di resecare le anse intestinali fistolose, per permettere almeno una migliore nutrizione, ma ciò a nulla valse e la paziente si incamminò rapidamente alla tomba. È questo l'unico caso di complicazione da parte dell'intestino, caso che del resto, come lo dimostrò la seconda operazione, era complicato anche per estesa infezione del mesenterio e altri punti dell'intestino.

Di ferite immediate della vescica io non ne ho vedute. In tre casi nei quali, come in tutti gli altri, subito dopo l' operazione si estrasse dalla vescica un'orina chiara e limpida, si ebbe nel decorso del 1.° mese perforazione di un punto dell' apparato urinario; ma in due di questi casi si trattava di una piccola fistola capillare.

La fistola nell' una lasciava passare l' urina in vagina solo ad intervalli, sicchè l' ammalata non ne aveva disturbo alcuno per intere giornate, e negli altri giorni si trovava pochissimo bagnata. Era tanto lieve il disturbo causato dalla fistola, che la donna rifiutò ogni tentativo, anche al solo scopo di assodare la situazione della fistola, e si considerò come pienamente guarita. La paziente soccombette a tisi polmonare dopo un anno e nove mesi, senza che vi fosse traccia di recidiva locale.

L'altra paziente, per l'estirpazione vaginale di un utero sarcomatoso, riportò una fistola che guarì in poche settimane mediante cauterizzazione con nitrato d'argento e tintura di iodio. La terza, operata nella primavera del 1887, può trattenere l'urina per due ore prima che si scarichi in vagina; la paziente non si è ancora decisa a sottomettersi ad un qualche tentativo di cura.

VI. Malattie della tuba.

1. Salpingite. Idro-emato-piosalpinge.

Le malattie della tuba rimasero a lungo nascoste da un fitto velo, pel semplice motivo che questo organo è difficilmente raggiunto dal nostro esame, e per lo più non se ne hanno che notizie malsicure. Fu già un progresso quello di rinunciare alla credenza che la tuba assieme colle ovaie dovesse sempre trovarsi tesa ai lati dell'utero, e di abituarsi a considerarla di solito come un cordone dello spessore di una matita, con parecchie tortuosità nel suo decorso, posto ai lati o di dietro dell'utero.

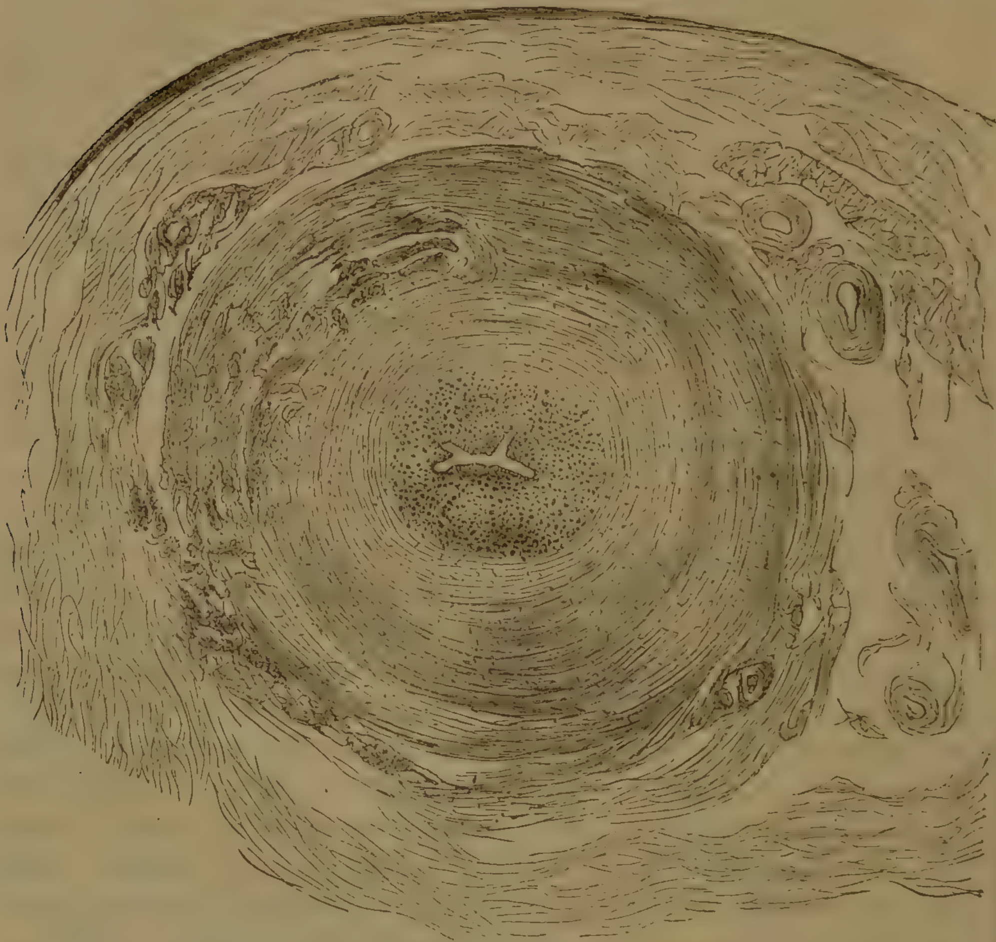
La tuba offre una mobilità discretamente grande, a seconda dello stato di ripienezza dell'addome e degli spostamenti subìti dagli organi del basso ventre.

Tutti i tentativi per conoscere un po' a fondo le malattie della tuba fallirono fino ad ora, perchè mancano per esse dei sintomi caratteristici e solo chi abbia un grande esercizio può sperare di giungere con molte difficoltà, a sentire sulla donna viva la tuba, e a poter alla palpazione diagnosticarne le alterazioni. Molteplici errori diagnostici, in cui al posto di un creduto tumore ovarico ebbi a riscontrare una affezione della tuba, mi hanno da 8 anni consigliato una metodica palpazione delle tube nella speranza di poterne trarre qualche apprezzabile risultato. In questo mi riuscì con sorprendente frequenza di sentire anche in condizioni normali distinto il decorso della tuba, purchè non vi si opponesse lo spessore o la rigidità eccessiva delle pareti addominali; e quei cordoni che si sentono ai lati dell'utero io li ritengo per le tube, quando riesco a sentirne nettamente l'origine dagli angoli dell'utero. Di solito le tube, grosse appena come una matita nella parte uterina, crescono assai di volume verso l'estremo addominale, che si può chiaramente distinguere sopra o presso il corrispondente ovaio, all'indietro ed all'esterno dell'utero.

Partendo dall'estremo uterino, è abbastanza facile distinguere le tube dai legamenti rotondi assai più esili, ed anche dalle ovaie intorno alle quali esse si dispongono spesso a guisa di corona, nonchè da ade

renze patologiche, che non di rado si sviluppano fra queste parti. La palpazione delle tube l'ho naturalmente insegnata anche ai miei allievi, e mi sono convinto che per riescire allo scopo occorre una grande delicatezza nell'esame bimanuale.

Solo coll'eseguire con mani molto leggiere l'esplorazione combinata



ig. 183. Sezione trasversale della tuba, a livello dell'orificio uterino (Kiderlen).

si può riescire con una certa facilità e sicurezza in donne non cloroformizzate, purchè si tratti di casi favorevoli. La palpazione delle tube e gli spostamenti impressi a questi organi non sollevano nella donna dolore di sorta.

Sull'anatomia della mucosa tubarica dominarono a lungo non poche incertezze. In base alle indagini di Hennig (1), si ammise da molti che quella mucosa contenesse delle ghiandole, benchè gli anatomici, e specialmente Henle (2), non siano riusciti a dimostrarne l'esistenza. Anche

(1) Catarrh der weibl. Genitalien, 1862.

(2) Trattato di anatomia 1874. — Il materiale osservato nella mia pratica fu studiato da Orthmann, Beiträge zur normalen Histologie und zur Pathologie der Tuben, Virchow's Archiv, 108, 1887.

le mie replicate osservazioni escludono che la mucosa tubarica contenga fisiologicamente delle ghiandole — essa mucosa offre innumerevoli villosità, che ad una sezione trasversale della tuba si vedono aumentare considerevolmente verso il padiglione (vedi anche le eleganti sezioni dei preparati iniettati di Leopold. Arch. für Gyn. VI). Questi così detti villi non sono altro che la sezione trasversale delle pliche longitudinali, le quali, appena accennate all'estremo uterino (fig. 183), aumentano rapidamente, e verso il padiglione, moltiplicandosi le ripiegature superficiali,



Fig. 184. — Sezione della tuba a livello dell'ostio addominale Hartnack, oc. 2. obb. 2 Orthmann).

danno alla sezione l'aspetto di una struttura villosa con ramificazioni dendritiche (fig. 184).

All'esterno della mucosa si trova la tonaca muscolare, risultante da uno strato di fibre circolari e da uno di fibre longitudinali, poco ricchi di vasi, nella metà interna della tuba: assai copiosamente vascolarizzati con tronchi di vario spessore verso l'ostio addominale (v. fig. 184

La tonaca sierosa circonda la muscolare fino a quella parte della periferia che prospetta verso il legamento largo. Sul padiglione il peritoneo termina bruscamente in un orlo netto, a zig zag, che lo divide dalla mucosa. Non ho trovato costante la fimbria ovarica di Henle.

La tuba si ammala con una certa frequenza. Winckel (1) su 500 cadaveri di donna ha trovato in più di 300 casi delle alterazioni patologiche delle tube. Io su 1000 casi, presi dal mio materiale policlinico senza scelta, ho trovato malattie o meglio alterazioni delle tube 63 volte. Certo, molte delle più lievi alterazioni riscontrate da Winckel alla tavola anatomica sfuggono alla constatazione in vita. Anche nel mio materiale, nonostante il controllo offerto dall'esame di parecchi esperti nel diagnostico ginecologico, può darsi che qualche caso sia passato inosservato. Ad ogni modo le affezioni delle tube sono tra le più frequenti nella sfera genitale femminile.

Rarissimo fu il reperto di affezioni limitate alla sola tuba. Certo in più d'un caso non riesciva possibile constatare direttamente un'alterazione in altro segmento dell'apparato genitale; ma l'anamnesi dimostrava quasi sempre con sufficiente sicurezza la preesistenza di lesioni nell'utero o nel peritoneo. Frequentissima la compartecipazione della mucosa uterina, rara quella del solo peritoneo.

Di 287 affette da malattie tubariche, che io curai fino al 15 Settembre 1886, solo 3 non avevano raggiunto i venti anni: la maggior parte erano fra i venti ed i trenta; al di là dell'età critica erano pure rarissimi i casi. 210 erano maritate, ma non in tutte le rimanenti si poteva constatare l'intatta verginità, 220 avevano partorito; è notevole la frequenza di gravidanze che non avevano raggiunto il termine normale: 60 avevano semplicemente abortito.

In più di due terzi l'utero era malato per endometrite di data recente od antica, con erosioni, metrite cronica, versioni e flessioni dell'utero. In quasi la metà si avevano chiare traccie di perimetrite, in forma di resti di essudati nel piccolo bacino, o di aderenze dei singoli visceri, specialmente fra tuba ed ovaio. Anche nei parametrî si trovarono frequentissime retrazioni cicatriziali. Poche le pazienti che offrissero ancora flogosi recenti ai genitali esterni, gonorrea, ulceri sifilitici, bartolinite, adenite inguinale. 6 volte coesisteva un cancro, 3 volte un mioma, 20 volte un tumore ovarico od una ovarite cronica.

In nessuna dunque delle 287 malate, l'affezione tubarica poteva dirsi primitiva. Solo in questi ultimi tempi Hegar, in una memoria appoggiata a nuove osservazioni (2), ha denunciato la relativa frequenza della localizzazione della tubercolosi nella tuba; io non sono ancora arrivato a dimostrarla.

All'opposto l'affezione tubarica in 144 casi si poteva senz'altro considerare come secondaria ad un processo cronico catarrale nell'apparato genitale; se vi avessero parte dei microrganismi io non sono in grado

(1) Winckel, Lehrbuch der Frauenkrankheiten 1886, 567.
(2) Die Genitaltubercu'ose; Stuttgart 1887.

di affermarlo. Nelle rimanenti 143 si poteva ammettere la migrazione

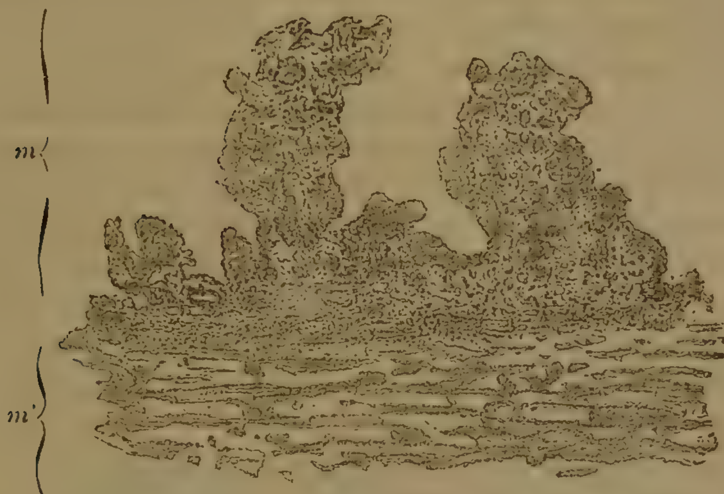


Fig. 185. — Salpingite catarrale (Orthmann) Hartnack, oc. 2, obb. 4. — *m* mucosa *m'* muscolare.

di agenti irritanti: 70 volte era preceduto un processo infettivo puerperale, e vengono così splendidamente confermate le note viste di Buhl



Fig. 186 — Salpingite catarrale proliferante (Kiderlen) ingr. di 6 diam.

ed E. Martin sulla salpingite puerperale; 59 volte si poteva constatare un' infezione blenorragica o sifilitica, e 9 volte una tubercolosi polmo-

naro. L'osservazione di Zeemann di actinomicosi delle tube rimase finora isolata. Non si conoscono ancora risultati di culture od innesti di materiale tolto alle tube; anche i tentativi fatti da Orthmann in dieci casi nel gabinetto bacteriologico del mio istituto hanno dato solo dei risultati negativi. Nonostante l'indubbia coesistenza di blenorragia, si riuscì finora in un caso solo a dimostrare la presenza dei gonococchi (1). L'affezione è bilaterale in quasi la metà dei casi (140 volte su 287 casi). Fra le forme unilaterali prevale tanto manifestamente la sinistra sulla destra (97 : 50) da giustificare il sospetto che vi sia una speciale predisposizione. Io però non sono riuscito a darmi del fatto una spiegazione soddisfacente. Parecchie volte l'una delle tube aveva un contenuto purulento, l'altra semplicemente sieroso. Anche nel caso in cui fu constatata la presenza dei gonococchi, questi si trovarono solo in una tuba, mentre l'altra non offriva che alterazioni catarrali.

La *anatomia patologica* delle malattie tubariche ci offre dei quadri assai varii. In primo luogo troviamo quelle lesioni che siamo soliti vedere nelle infiammazioni catarrali acute di qualunque altra mucosa, la tumefazione cioè della mucosa e specialmente delle sue pliche, conservandosi però spesso perfettamente normale l'epitelio di rivestimento. Il colore è rosso vivo, si trovano ecchimosi più o meno grandi sotto il rivestimento epiteliare e fin nello spessore della muscolare. Più profonda è l'alterazione quando si vede diffondersi nella mucosa una infiltrazione cellulare, d'onde inspessimento della mucosa e in special modo delle pliche, *salpingite catarrale* (fig. 185). Sotto l'influenza di questi stati irritativi, nella profondità dei solchi fra plica e plica si formano dei piccoli diverticoli, che ad una sezione trasversale assumono l'apparenza di introflessioni ghiandolari, sicchè l'aspetto che se ne ha assomiglia a quello delle erosioni sulla *portio*, cioè di introflessioni ghiandolari in un substrato fisiologicamente privo di ghiandole, *salpingite catarrale proliferante* (fig. 186). Certo bisogna andar molto cauti nel valutare un tale reperto, perchè le lesioni della mucosa danno luogo a sviluppo della tuba anche nel senso della lunghezza, ed essa può perciò assumere un decorso assai tortuoso. Allora la sezione può colpire il lume della tuba in un punto ove corrisponde una o più curvature, cosicchè in una stessa sezione si possono trovare in apparenza parecchi lumi tubarici.

In queste forme catarrali la secrezione spesso è notevolmente aumentata: è un secreto mucoso, quasi sempre limpido, raramente tinto in sanguigno. La sostanza caratteristica che vi avrebbe dimostrato l'Hennig (l. c.), la ialina, io non ho potuto constatarla; forse era troppo scarsa la secrezione. È solubile nell'acido acetico diluito, negli alcali caustici, specialmente la soda, ecc.

---

(1) Orthmann, Soc. di Ost. e Ginec. di Berlino, 1887, 28 Gennaio.

È affatto diverso il contegno della mucosa sotto l'azione di quegli stimoli che portano alla suppurazione. Si ha allora rapidamente una forte infiltrazione di piccole cellule, che dalla mucosa si diffonde presto nella tonaca muscolare. L'infiltrazione interstiziale dissocia i fasci muscolari, che si trovano qua e là a gruppi in preda a degenerazione adiposa. I vasi sono assai congesti: qua e là si hanno ecchimosi. Questa salpingite interstiziale (fig. 187) si sviluppa con distruzione dell'epitelio: le pliche sembrano corrose, e, caduto il loro rivestimento epiteliare, scompaiono: si determinano allora occlusioni ed ectasie nel lume della tuba, spesso comunicanti ampiamente l'una coll'altra, talora in rapporto solo per angusti canali. La parete infiltrata forma una rigida massa cicatriziale assai aumentata di spessore: la muscolatura scompare ed al suo

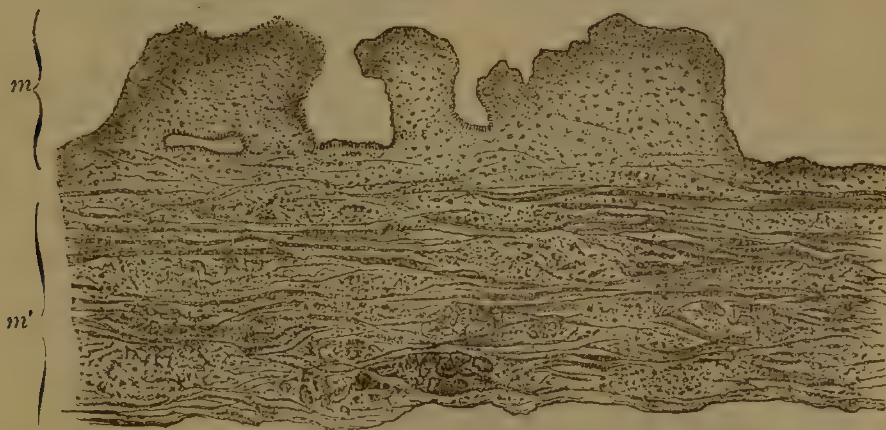


Fig. 187. — Salpingite interstiziale (Orthmann) Hartnack oc. 2; obb. 4 — *m* mucosa; m', muscolare.

posto si trova una massa connettivale con nutrizione deficiente o affatto mancante. In altri casi la parete è come disseminata da spazì cistici che, provvisti di uno strato di epitelio o affatto senza epitelio, con contenuto purulento mucoso, danno alla parete stessa una apparenza alveolare; fra le sottili trabecole si trovano le cavità irregolari, delle quali è difficile discernere il modo di comunicazione; la così detta *salpingite follicolare* (fig. 188).

Infine anche le masse rigide si fondono: e si incontrano raccolte di pus, ora tenue, ora inspessito e caseoso, ora coll'aspetto di un liquido di ingrato odore, torbido per la secrezione degli elementi che ricoprono la parete di uno strato in via di disfacimento, frapposto a pareti coriacee o disfatte, che vengono preservate da una rottura soltanto per l'appoggio che loro forniscono le molteplici aderenze della superficie con tutti gli organi vicini. Una immagine esattissima di questi processi distruttivi la offre la fig. 189 tolta al trattato dello Schröder.

Una alterazione assai caratteristica della muscolare fu descritta nei

suoi gradi estremi da Kaltenbach (1). Egli trovò la muscolatura in istato di ipertrofia eccentrica da lui attribuita alla ostacolata evacuazione del contenuto tubarico pel fatto delle contrazioni uterine. Una tale ipertrofia muscolare l'ho riscontrata anch'io più volte, ma non mai al punto che si trova nel preparato di Kaltenbach.

Mentre si ordiscono queste lesioni della mucosa e della muscolare, pare venga assai precocemente interessato anche il rivestimento sieroso

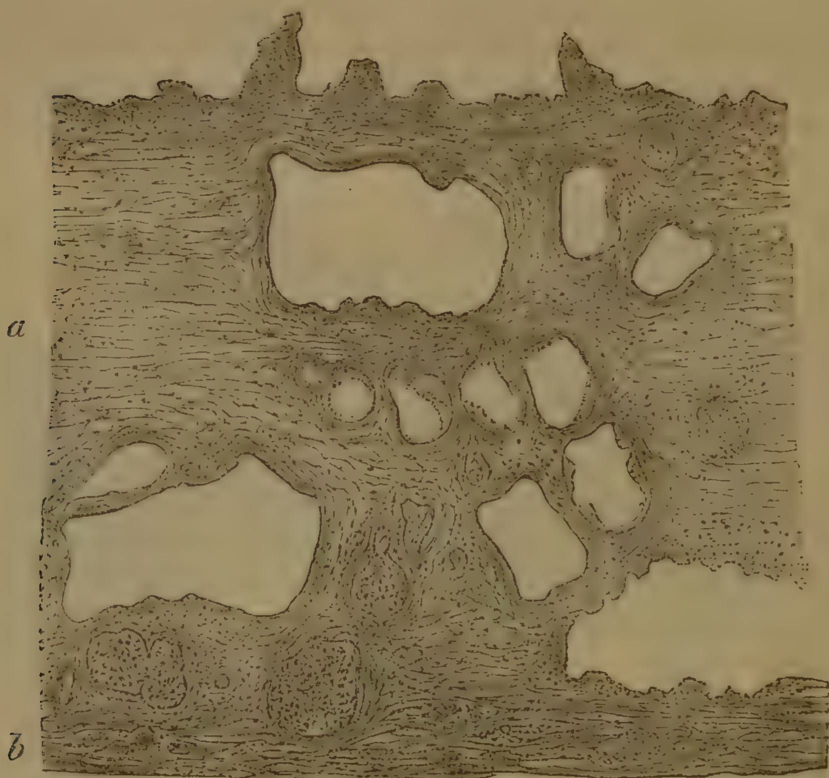


Fig. 188 — Salpingite follicolare (Orthmann) (Hartnack, oc. 2, obb. 4) *a*. mucosa; *b*, muscolare.

della tuba, sia che gli agenti irritanti attraverso alla parete della tuba giungano sino al peritoneo, sia che la secrezione diffondendosi verso l'infundibulo determini il trapiantamento del male. Allora questo segmento del peritoneo passa per tutte le fasi morbose, arrivando alla formazione di essudati che inspessiscono considerevolmente la mucosa, o di aderenze cogli organi vicini. Con speciale frequenza si vedono saldarsi fra loro quei punti della sierosa che vengono a toccarsi per le tortuosità descritte dalla tuba. Così questa viene a formare un intricato intreccio di spire, che coi tessuti vicini, e specialmente coll'utero e coll'ovaio, costituisce un'unica massa, ove a stento si potrebbero scernere le singole parti.

(1) Centralbl. f Gyn. 1885, n. 43.

La forma, il volume, la posizione, il decorso della tuba si modificano assai variamente a seconda del modo di comportarsi del lume tubarico, e del suo contenuto, e a seconda che vi giungano agenti specifici irritanti o putridi.

Il lume della tuba già in condizioni normali è reso assai angusto dall'esistenza delle pliche. Nei processi flogistici queste si saldano fra di loro, sia lungo la tuba, sia verso i suoi estremi, dando luogo a stenosi assai pronunciate, od a complete atresie. Fra i punti stenosati od occlusi si accumula il secreto, anche se non alterato, e la pressione che esso esercita dà origine ad ectasie, che si trovano così allineate in serie

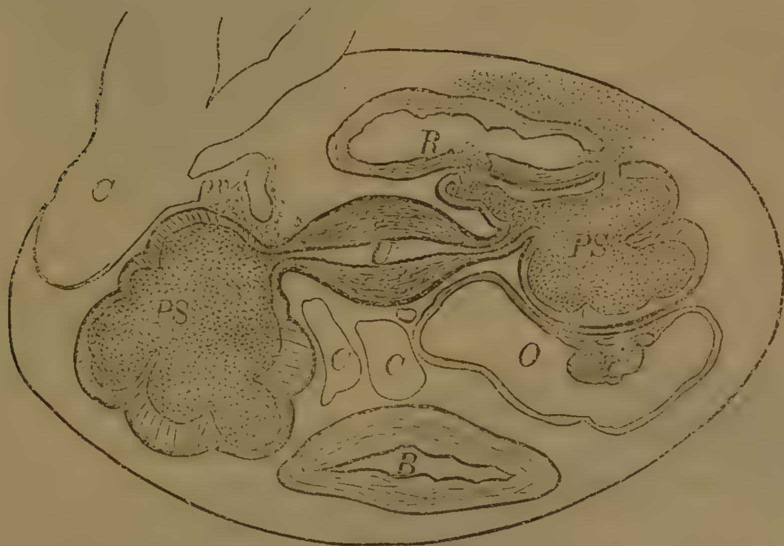


Fig. 189 (Schröder). — *U* utero, *B* vescica, *PS* piosalpingi, *O* cisti dell'ovaio sinistro, *C* ceco, *pv* processo vermiforme, *R* retto, *CC* cisti intraperitoneali per raccolta di siero fra le aderenze.

come i grani di un rosario. Si possono anche formare delle cavità più ampie, dei veri tumori della grossezza della testa di un adulto. Una speciale considerazione merita il modo con cui si ottura l'ostio addominale, sia per infiammazione dei tessuti vicini, o per la presenza di neoplasmi. Talvolta è il margine peritoneale del padiglione che si salda: il punto atresico appare allora stirato indentro come una rosetta, come una cicatrice ombelicale, sull'estremo espanso del padiglione atteggiato a tumore e teso. Un esempio tipico del genere lo offriva una donna di 19 anni, alla quale per violenti dolori dovetti, sei mesi dopo il matrimonio, estirpare la tuba destra atteggiata a piosalpinge da blenorragia, contratta verosimilmente nei primi tempi del matrimonio. La tuba sinistra era tumefatta, dello spessore di un pollice, e foggiata a clava verso il padiglione, l'estremità offriva l'atresia a forma di rosetta introflessa. Nella speranza di conservare alla giovane sposa almeno questa tuba, presso cui

si trovava l'ovaio sinistro apparentemente sano, essendo arrossato solo il contorno peritoneale, io esercitai una lieve pressione sul padiglione. La tuba si schiuse nel punto atresico, le fimbrie tumefatte si aprirono come i petali di una mimosa, e lasciarono vedere nell'interno della tuba, la quale aveva uno scarsissimo contenuto liquido. Tanto la mucosa che la muscolatura erano considerevolmente inspessite, probabilmente per la forte imbibizione sierosa.

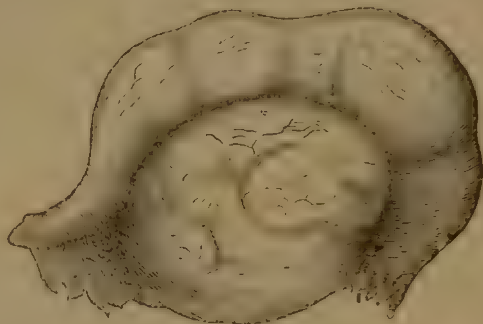


Fig. 190. — Salpingite catarrale, ovarite cronica (Orthmann) a 1|2 grand.

In altri casi il padiglione si ottura, perchè la tuba viene compresa in una massa di essudati che la fissano alle ovaie od a qualche altro organo vicino. I rapporti fra la tuba ammalata e le ovaie possono variare assai. Mentre l' ovaio può non contrarre alcuna aderenza colla tuba profondamente alterata (fig. 190), altre volte i due organi si fondono (fig. 191), e per assottigliamento ed usura della parete che li divide può stabilirsi una comunicazione fra le cavità che in essi si sono scavate (figura 192). Una forma speciale di fusione tra un sacco da idrope tubarica, ed un follicolo ectasico dell'ovaio fu descritta da Burnier (1) in base a preparati di Schröder.

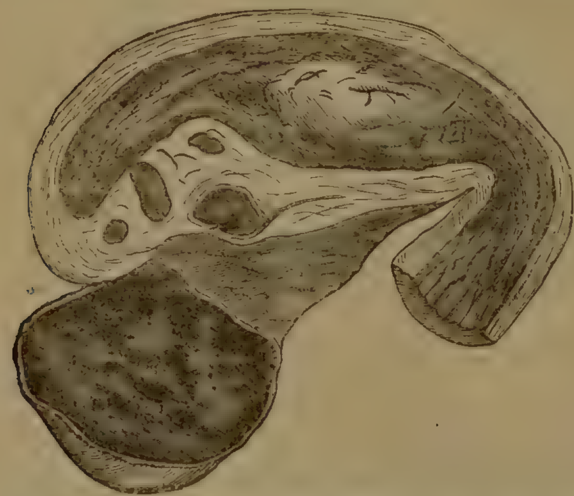


Fig 191. — Piosalpinge, atresia della tuba, ovarite cronica, cisti del para-ovario; a grand. naturale (Orthmann).

Secondo l'interpretazione di Burnier, sono i follicoli di Graaf specialmente interessati in questa fusione. Le fimbrie del padiglione si saldano all' ovaio in un punto dove trovasi un follicolo presso alla maturanza: ne viene una comunicazione come è rappresentata dalle fig. 193, 194 e 195. La fig. 196 rappresenta una cisti tubo-ovarica, come quelle che ho potuto più volte rilevare all'esame clinico e constatare al momento dell'operazione.

Nella mia conferenza su alcuni preparati concernenti le tube io avevo dimostrato un'altra genesi della fusione tra tuba ed ovaio (2). L'infiamma-

(1) Diss. inaug. Berlino 1883, e Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. V

(2) Società di Ost. e Ginec. di Berlino, aprile 1886.

zione suppurativa dei due organi aveva dato luogo in seno ad essi a cavità ascessuali, che venivano a confluire per la scomparsa del setto



Fig. 192. — Piosalpinge, comunicazione fra la tuba e l'ovaio suppurato. Grand. naturale (Orthmann).

divisorio, ed erano tenute assieme dall'abbondante essudato occupante il lato corrispondente del bacino.

Il contenuto della tuba viene verosimilmente a tingersi di sangue

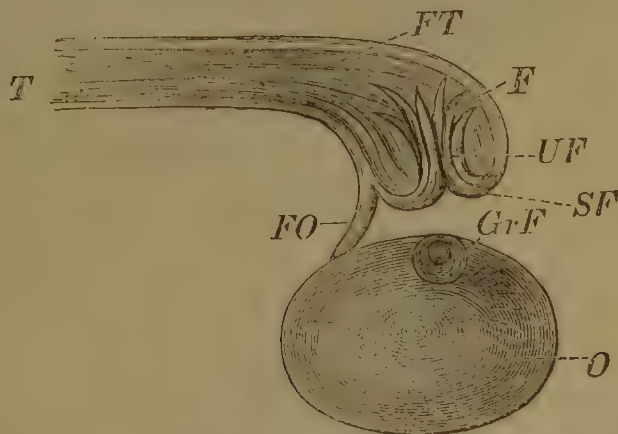


Fig. 193 (Burnier). — *T* tuba, *FT* pieghe della mucosa tubarica, *F* fimbrie, *FO* fimbria ovarica, *O* ovaio, *UF* fimbria introflessa, *SF* superficie sierosa della fimbria, *GrF* follicolo di Graaf.

ad ogni mestruazione, se pure non si versa sangue puro. Alcuni fra i miei preparati lasciano sospettare che durante la mestruazione si avverino degli stravasi di sangue nelle tube, e che questo sangue si riversi all'esterno attraverso all'utero. Ma un ostacolo può arrestare il sangue, e la tuba si converte in una sacca emorragica, che può assumere le proporzioni di un ampio tumore, o perfino scoppiare. Più d'una volta ho

visto verificarsi la rottura di tali sacche, con versamento del sangue

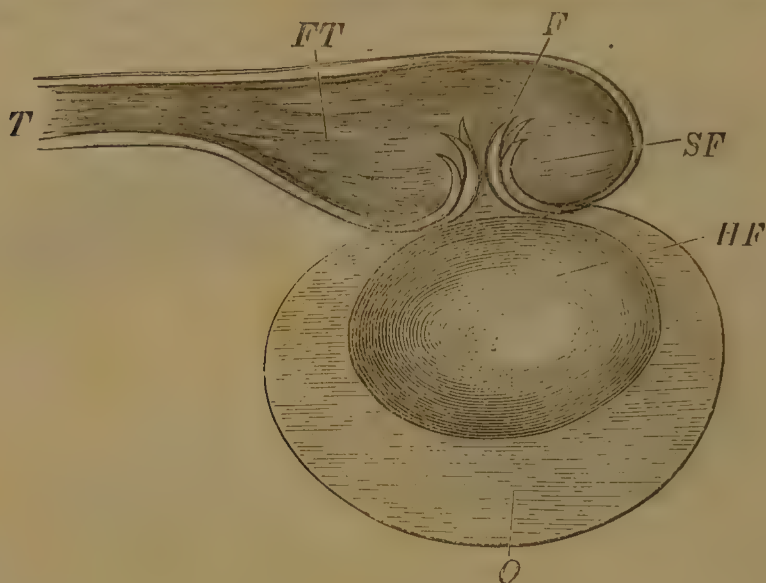


Fig. 194. — Follicolo idropico (Burnier).

Fig. 195. — Da Burnier.

nel cavo addominale, anche senza che esistesse una gravidanza tubarica. Ma è più comune l'arrestarsi della emorragia per l'aumentata pressione

interna: il sangue si scompone e viene riassorbito, passando attraverso a tutte le fasi degli stravasi emorragici. Se, passando per l'orificio addominale della tuba, il sangue si possa versare nel cavo peritoneale e qui possa impunemente venir riassorbito, io non potrei affermarlo in modo assoluto; non posso però escludere la possibilità di un simile scarico refluo del contenuto tubarico.

Aumentando il contenuto, trattisi poi di sierosità o di sangue, ed esistendo atresia degli orificii, si ha la formazione del così detto *idrosalpinge* o dell'*ematosalpinge*. La produzione di un *piosalpinge* presup-



Fig. 196. — (tolta in parte da Beigel e modificata) *a* utero, *b* vagina, *c* collo, *d* tuba, *ee* tumore tubo-ovarico destro, *f* idrope della tuba sinistra, *g* ovaio sinistro.

pone di necessità l'intervento di germi flogogeni specifici, e tra questi conosciamo finora i cocchi septici, il gonococco, il bacillo della tubercolosi e l'actinomices.

Per l'azione flogogena di questi germi non di rado la parete della tuba si assottiglia fino alla perforazione, sicchè il pus si versa nella cavità peritoneale. Fortunatamente i dintorni di questi sacchi sono spesso limitati da pseudomembrane neoformate, per cui la rottura non porta ad una peritonite generale. Può anche avverarsi il riassorbimento ed inspessimento del pus, in modo da formare una densa poltiglia caseosa che rappresenta il contenuto della tuba.

Hegar nella già ricordata interessante memoria ha richiamato l'attenzione sulla tubercolosi delle tube (Stuttgart 1886). Vi si apprende che le tube rappresentano un punto di predilezione per la localizzazione della tubercolosi, che il male può limitarsi alle tube, e guarire colla rimozione di esse. Di lì l'affezione può anche diffondersi al peritoneo, o venirne una usura della tuba per mortificazione.

I sintomi clinici della salpingite ed i fenomeni consecutivi, colle no-

stre cognizioni attuali si possono delineare in modo molto incompleto. Negli stadî recenti le pazienti, assieme a fenomeni infiammatorî dei genitali esterni, dell'uretra e dell'utero, accusano dolori profondi limitati ad un lato od estesi a tutti e due. Questo dolore dapprima si sospende, senza però scomparire affatto. Passa a lungo quasi inosservato, ma aumenta sotto gli sforzi e si esacerba pei movimenti intestinali: raggiunge l'acme al tempo della mestruazione, rende spesso intollerabile la coabitazione, si associa a segni di viva irritazione peritoneale, poi si calma: e così il dolore profondo, coi segni del catarro genitale, può durare per molto tempo, senza quasi venir modificato dai varî tentativi di terapia. Accade più volte, a chi non sia avvezzo a diagnosticare le malattie tubariche, di considerare queste donne per isteriche, portando tutta l'attenzione sui disturbi nervosi, i quali abbastanza spesso figurano fra i fenomeni di compressione determinati dal sacco tubarico sugli organi pelvici, o sui nervi delle estremità inferiori. In altri casi sono assai spiccati i segni della perimetrite. Se il contenuto della tuba si versa nella cavità addominale, si sviluppano improvvisi e minacciosi i sintomi della peritonite acuta, che poi si emendano, per recidivare di tempo in tempo. Per lo più, e questo è forse il più costante fra i sintomi delle malattie tubariche, la mestruazione è irregolare, profusa e dolorosa.

Czempin (1) ha accennato allo speciale risentimento che per le malattie della tuba si appalesa nella mucosa uterina. Egli ha raccolto nel mio materiale una serie di casi, nei quali si osservavano forti emorragie mestruali ed atipiche.

Talvolta dopo una violenta esacerbazione dei dolori si verifica l'evacuazione del contenuto dalla tuba attraverso l'utero — *salpingitis profluens* (2) e l'improvviso scolo di notevoli quantità di liquido dalla vagina. Siccome però è eccezionale che manchi lo stato catarrale dell'endometrio, è naturale che a questo si voglia far risalire l'origine del liquido evacuato. Ad ogni modo la provenienza tubarica è resa verosimile quando le pazienti si sentono d'improvviso assai sollevate, e l'esame locale constata un notevole cambiamento e la scomparsa del sacco, fino a quel momento percepito ai lati dell'utero.

È raro che uno stravaso emorragico nel sacco tubarico, se non è in rapporto con una gravidanza, assuma tali proporzioni da dar luogo ai segni di una grave anemia acuta, come mi è però qualche volta occorso di vedere negli stravasi più copiosi. Per lo più i sintomi sono in rapporto soltanto coll'aumento della pressione interna, associandosi al dolore cupo e profondo un vivo senso di tensione dolorosa. La rottura di

---

(1) Congresso di Berlino. 1886.

(2) Haussmann, Ueber Retentionsgeschwülste schleimigen Inhaltes in d. wei l. Genitalien. Zürig 1876.

un' ematosalpinge per lo più si concomita con intensi fenomeni di irritazione peritoneale. Se l'emorragia si arresta, la paziente si rimette grado grado, e può anche ristabilirsi completamente. Ma continuando l' emorragia, può sopravvenire la morte per aggravamento dell'anemia e per peritonite.

Quando il contenuto tubarico passa a suppurazione, se il male ha decorso acuto, non manca alcuno dei sintomi che sogliono accompagnare le raccolte purulente, dolore vivo, brivido, aumento di temperatura. Il piosalpinge a decorso cronico, anche con grave deperimento delle forze, può guarire per graduale regressione del pus.

Per rapido aumento del contenuto può, sebbene di rado, rompersi il sacco, ed il pus riversarsi al difuori di esso. Di solito preesistono estese aderenze degli organi vicini, sicchè l'evacuazione del piosalpinge nel cavo peritoneale diventa un fatto eccezionale. Il pus può svuotarsi nell'intestino, nella vescica, in vagina, o in diverticoli saccati dal peritoneo, e di lì all'esterno.

Un fatto consimile è riportato alla fig. 189. Molte volte la paziente, già esausta all'estremo per le lunghe sofferenze, riceve da questa complicazione il colpo di grazia: in altri casi la risoluzione si avvera, ma assai tardiva, e dopo che furono interessati dalla suppurazione tutti gli organi colpiti; è raro che per questa via si verifichi la guarigione.

La diagnosi della salpingite basa essenzialmente sulla possibilità di distinguere la tuba nella massa in cui per lo più essa sembra incorporata. Io sono convinto che colla palpazione si possa diagnosticare con una tal qual sicurezza una malattia tubarica, solo quando con essa si giunga ad isolare e a distinguere nettamente l'estremo uterino della tuba, che del resto è piuttosto raro che prenda parte alla malattia (1).

Perciò emetto la diagnosi appena quando mi riesce possibile di sentire direttamente il nesso del tumore coll'utero a livello dell' estremo uterino.

Una ulteriore difficoltà nel diagnostico deriva dalle aderenze che il tumore contrae quasi sempre cogli organi vicini. Tutta la massa costituisce un unico tumore voluminoso, nodoso, variabile nella sua consistenza. Ogni tentativo per isolarne colla palpazione le singole parti non porta che troppo facilmente alla lacerazione delle aderenze ed alla rottura del tumore.

Per tali rotture qualche volta ho visto essere assai limitati i sintomi; sembrava anzi che il processo ne risentisse un certo miglioramento, fors'anche un passaggio a guarigione; ma in altri casi insorsero profuse emorragie nella cavità addominale, delle quali non mi fu possibile rendermi padrone se non colla laparotomia, coll'esportare il punto di par-

(1) Congresso di Kopenhagen 1884.

tenza dell'emorragia assieme al sangue stravasato. In altri casi ancora si determinò peritonite violenta e profondo collasso, per il quale ad onta della febbre e dell'intensa flogosi peritoneale, dovetti praticare la laparotomia. In ambedue le eventualità finora il risultato fu più che soddisfacente, ma, potendo, si eviterà di esporsi a dover fare la laparotomia in condizioni così tristi. La possibilità di simili evenienze ci astringe alla massima cautela, e la prudenza ci vieterà spesso di assoggettare ad una pericolosa palpazione, per cerziorare la diagnosi, un tumore che si senta ai lati dell'utero, in connessione con questo per mezzo dell'estremo uterino della tuba, e che si è perciò in diritto di sospettare dovuto ad una malattia della tuba.

I tumori di questo genere potrebbero venir scambiati con una affezione dell'ovaio, ma in queste non ho mai sentito con tanta chiarezza l'estremità uterina della tuba. Del resto, come già si disse, il tumore tubarico può combinarsi con uno ovarico, associandosi le parvenze di ambedue.

Si potrebbero anche confondere con un mioma sottosieroso, eventualità che però io credo piuttosto lontana. Tale mioma dovrebbe avere sviluppo sottosieroso da un corno del corpo uterino, e non credo che si potrebbe riuscire ad isolarlo dalla massa dell'utero, come accade di regola per le malattie della tuba.

In confronto agli essudati nei parametrii mi pare abbia somma importanza nella diagnosi differenziale la circostanza, che questi essudati sono di solito situati assai più profondamente nel legamento largo, deprimono i fornici, e anche quando sono induriti non offrono mai quella sorta di connessione all'utero, che è tutta propria dei tumori tubarici.

Anche negli ematomi estraperitoneali di solito mancano questi caratteri, a meno che non coesista per avventura coll'ematoma o colla parametrite una salpingite, come ebbi io pure occasione di osservare (riguardo alla differenziazione da altre malattie tubariche, vedi più avanti).

La diagnosi è però sempre difficoltata da una quantità di ostacoli, quando non si riesca nei primi stadî del male ad isolare la tuba rigonfia e a stabilirne l'estensione, le connessioni cogli organi vicini, e il grado di sensibilità.

Il precedente di un puerperio morboso, di una infezione blenorragica, la sterilità, lo stato di marasma in cui giace da lungo tempo la donna, dovrebbero, in mancanza di chiari sintomi diretti, far rivolgere la nostra attenzione in questa direzione, tanto più se dall'epoca d'insorgenza di questo subdolo male si sono presentati disturbi nella mestruazione, perdita delle forze, senso di profonda prostrazione e dimagramento. La diagnosi potrebbe riescire assai ardua per l'esistenza di aderenze estese, per la complicazione di malattie dell'ovaio, di essudati peri o parametritici, o di stati cronici irritativi dei parametrii; e se in questi casi

non si riescisse a delimitare l'estremo uterino della tuba, sarà estremamente difficile il giungere ad un diagnostico sicuro.

Trattandosi di un organo così profondamente situato, e così difficilmente accessibile, è ovvio che la prognosi sarà poco favorevole. Un catarro della tuba potrebbe certo guarire in modo completo, o con atrofia di striscie limitate di mucosa, ma abbastanza di frequente accade che anche il semplice catarro porti all'obliterazione del lume tubarico, e alla formazione di spazî da ritenzione.

Se fra la tuba e l'utero si ristabilisce una comunicazione (salpingitis profluens) è ammissibile la possibilità di una guarigione, che pur tuttavia accade assai di rado. Se il pus raccolto nella tuba si inspessisce, si potrà avere una guarigione, ma soltanto relativa, in quanto che il pus inspessito oblitera la tuba.

Ma il pericolo principale di questa sorta di affezioni è ancora quello che il processo morboso, seppure in apparenza estinto, recidiva assai facilmente, e di lì si diffonde così agevolmente e rapidamente al peritoneo, da dar luogo ad una pelvi peritonite, la quale in casi oscuri è spesso la causa quasi neppur sospettata dell'esito letale, o dei gravi disturbi che colpiscono la paziente.

In riguardo alla sterilità, le affezioni delle tube saranno sempre da considerarsi fra le complicazioni più gravi, tanto più che pel processo stesso può venirne sterilità perpetua, e d'altra parte tutti i tentativi per agevolare con qualsiasi metodo di cura il concepimento, divengono troppo spesso causa di complicazioni con pericolo di vita.

Se per molto tempo io fui propenso nella salpingite ad emettere una prognosi assolutamente infausta in quanto alla possibilità di un concepimento, quattro casi affatto nuovi mi hanno mostrato che con una cura opportuna è possibile non solo una guarigione locale, ma anche una ulteriore gravidanza, ad onta di una salpingite cronica bilaterale. Si trattava di donne state a lungo in mia cura, fino a due anni; la tumefazione delle tube era scomparsa, e solo allora dopo lunghi anni di malattia venne in scena il concepimento; sono però sempre casi rari in confronto ai 287 casi di malattia della tuba.

Non pare attuabile negli stadî recenti una adatta cura locale della salpingite, tanto più che vi è ogni interesse ad evitare un intervento troppo brusco, per non dar luogo ad evacuazione o rottura.

Nell'acuzie del male si mitigheranno i dolori con sottrazioni sanguigne al basso ventre, col freddo e coi narcotici. Poi si cerca di provocare la regressione dell'organo malato con tutti i mezzi, che si sa dall'esperienza conducono al riassorbimento del pus ed alla scomparsa degli essudati nella sfera genitale. Si adotteranno perciò i preparati di iodio, le muffe, i fanghi, le iniezioni calde, le energiche derivazioni intestinali, il riposo sessuale, l'opportuna igiene e la dieta conveniente

per alleviare il male. Con una certa frequenza si riesce così nei casi recenti a mitigare i disturbi, a portarli per un certo tempo ad un grado tollerabile, o a sospenderli completamente, tanto da lasciare degli intervalli piuttosto lunghi di calma; anzi perfino colla sola cura policlinica ho visto ottenere un' euforia di parecchi anni di durata. Con una cura di questo genere ho visto delle tube ingrossate al punto da formare dei sacchetti e dei tumori piuttosto voluminosi, ridursi al volume normale; ciò ci autorizza ad ammettere come constatata la possibilità di una guarigione. Una ulteriore gravidanza, però, finora si osservò solo nei quattro casi surriferiti.

Se tutti questi mezzi riescono vani, se il male resiste a tutti i razionali tentativi di cura, io sono del parere che l' estirpazione della tuba diventi il mezzo terapeutico più giustificato, e stando alla mia esperienza, anche il più efficace. Certo non sono infondati i timori di un eventuale contenuto purulento dei sacchi o di loro estese aderenze. Anch'io in questi ultimi tempi nelle malattie delle tube non ho più ottenuto i risultati regolarmente favorevoli d' una volta, però si trattava di malate che per la lunga durata del male erano spossate in grado estremo, con un organismo oramai incapace di resistenza, sicchè l'operazione era stata intrapresa solo come ultimo doveroso tentativo di salvezza.

Io sarei del parere di non aspettar mai tanto, che ogni soccorso diventi impossibile. Appunto per questi casi di salpingite cronica, di piosalpinge, di ematosalpinge e di estese aderenze cogli organi vicini, si presta benissimo lo snucleamento del tumore, seguito eventualmente dal drenaggio per la vagina della cavità residuante, che vien chiusa verso la cavità addominale, nel modo già più volte descritto. Del drenaggio faccio senza, soltanto quando le aderenze sono scarse ed è possibile rimuovere tutta la parte malata, lasciando delle ferite a superficie liscia. Però l' operazione per le malattie tubariche si dovrà ad ogni modo riservare a quei casi, a cui si è dimostrato impotente ogni altro metodo di cura.

L'estirpazione della tuba malata fu primo Hegar (1) ad eseguirla dietro piano prestabilito: dopo di lui Lawson-Tait (2) ed io (3) abbiamo fatto un gran numero di salpingotomie. Riguardo all'operazione di Lawson-Tait vedi sotto, al capitolo sulla castrazione.

In seguito la salpingotomia per malattie della tuba fu riconosciuta da tutte le parti come un' operazione perfettamente giustificata, e ne fanno fede le numerose comunicazioni nella letteratura medica americana, inglese, e recentemente anche nella tedesca (4).

---

(1) Castration der Frauen 1878. — Centralbl. f. Gyn. 1878, n. 2. — Wiedow, Centralbl. f. Gyn. 18 8

(Brit. Med. Journal, 1 maggio 1877

(3) La 1ª operaz one i 1 novembre 1877 (Soc. di Ost. e Ginec. di Berlino 25 nov. 1879).

(4) Vedi Hegar e Kaltenbach, III ediz., p. 417. — Gusserow, Congresso di Berlino 1886 e Meinert.

È raro che l'operazione decorra senza complicazione alcuna, perchè per lo più la tuba trovasi saldata agli organi vicini. Può tornare assai arduo l'isolare da queste aderenze la massa formata dalla tuba, tanto più se le aderenze sono col tubo intestinale. Qualora vi fosse la necessità di una operazione bilaterale, sarà questa una circostanza che ci indurrà a protrarre l'operazione finchè non ve ne sia l'indicazione d'urgenza, perchè con questa duplice esportazione si causa alla donna una mutilazione tanto più grave, dovendosi per lo più esportare assieme anche le ovaie. Fino alla metà del Febbraio 1887 io ho eseguito 77 salpingotomie, delle quali 45 unilaterali, 32 bilaterali; 24 per salpingite catarrale cronica, 6 per ematosalpinge, 11 per idrosalpinge, 1 per cancro della tuba, 35 per piosalpinge (di questi 18 erano di origine blenorragica, 1 tubercolare, 3 di origine settica). In tutto ne morirono 14, e cioè 9 fra le operazioni unilaterali, 5 fra le bilaterali. Una venne a soccombere per tisi tubercolare dei polmoni, senza che fosse possibile riconoscere i bacilli della tubercolosi nel piosalpinge. Una morì per cachessia cancerosa, 4 per peritonite susseguita da aderenze intestinali, 6 di forma settica; in 3 non si potè rintracciare la causa della morte.

In seguito a qualche caso eccezionalmente favorevole, io mi credetti autorizzato a ritenere indifferente pel peritoneo il contenuto tubarico. Altri casi con esito infausto mi consigliarono meglio, ed ora cerco prima di svuotare il contenuto con un aspiratore di Potain; ma anche con ciò non sempre si riesce ad impedire completamente il passaggio di questo contenuto nella cavità addominale.

2. Malattie delle pareti della tuba.

È raro veder alterata in modo primario la parete della tuba. Più d'una volta ho rimosso delle tube ingrossate, credendo di trovarne il lume ampliato: al contrario trovai solo uno straordinario inspessimento delle pareti. Alla sezione era specialmente lo strato muscolare che appariva ingrossato, con aspetto calloso e cicatriziale, qua e là disseminato di focolai purulenti e di fasci connettivali, e con scarsi e piccoli spazî ripieni di sangue.

La mucosa si trovava per lo più in uno stato di atrofia, di involuzione cicatriziale, in modo da giustificare il sospetto che anche in essa si fosse svolto un processo morboso.

Non si poterono constatare sintomi proprî a questa forma di lesione della tuba; i sintomi erano piuttosto dovuti a contemporanea malattia degli organi vicini, e specialmente del peritoneo.

Riguardo all' ipertrofia muscolare descritta da Kaltenbach, vedi sopra.

3. Gravidanza tubarica.

Fra le malattie tutte della tuba, la gravidanza tubarica presenta il massimo interesse per la sua relativa frequenza, e per la speciale importanza. J. Veit in una monografia assai interessante (Stuttgart 1884) ha richiamato su di essa l'attenzione ed ha riunito le disperse osservazioni come contributo alla sua terapia.

Non sarebbe qui il luogo di approfondire la diagnosi della gravidanza tubarica, la quale si fonda sulla dimostrazione di un tumore situato ai lati o dietro dell' utero, tumore che cresce gradatamente, mentre l'utero si rammollisce, si tumefà, e, dopo una amenorrea per lo più di breve durata, dà luogo ancora a perdite sanguigne. L' aumento copioso di secrezione, commista a sangue e a lembi di decidua, ed eventualmente l'improvvisa gravissima anemia con violenti dolori e fenomeni di collasso sono fatti che devono indirizzare alla diagnosi. Certo la maggior parte dei casi capita all' osservazione del medico, quando esistono già i gravi sintomi della minacciante od avvenuta rottura. Se la gravidanza è arrivata oltre la metà, si potrà sperare possibile il diagnostico, purchè concorrano le più favorevoli circostanze, e specialmente la sottigliezza delle pareti addominali, che renda facile la palpazione del contenuto pelvico.

La prognosi della gravidanza tubarica è assai riservata, anche ammettendo che in una parte dei casi la rottura avvenga in modo assai precoce, e sia seguita da una guarigione completa. L'ematocele che ne deriva spesso vien riassorbito dal peritoneo, assieme coll' embrione e coll'uovo. Non è raro il vedere le pazienti tollerare quasi senza sintomi questa rottura, come in un caso di litopedion da me descritto nella Zeitschrift für Geb. und Gyn. vol. 2, oppure solo con fenomeni quali potrebbero corrispondere ad un neoplasma endoperitoneale. Così la donna cui si riferisce il preparato ritratto alla fig. 197 non offriva, nè nello anamnestico nè nel suo stato presente, alcun accenno ad una pregressa gravidanza tubarica.

Lo scheletro del feto, corrispondente all' incirca al terzo mese, si trovava col sangue coagulato, colle sue membrane, e con una certa quantità di pus, sotto al sacco tubarico, le cui pareti erano profondamente rammollate.

Ai piedi del feto si vede la sezione della tuba; ad ambo i lati del capo traccie delle aderenze del sacco cogli organi vicini. — Un esempio invece di esito fatale per rottura del sacco si ebbe nella donna cui si riferisce il preparato della fig. 198.

Non è raro che in seguito alla rottura insorgano fenomeni assai minacciosi. In preda all'angoscia derivante da una profonda anemia e dalla

irritazione peritoneale. le pazienti restano a lungo in imminente pericolo di morte, da cui solo a poco a poco riescono a riaversi.

Se la morte non avviene immediata, la prognosi migliora assai, per la possibilità che l'emorragia si arresti e che lo stravaso venga riassorbito.

Terapia. — Sebbene io sia dell'opinione che la gravidanza tubarica possa continuare fino al termine normale, alla qual'epoca un'opportuna operazione potrebbe salvare madre e feto, sono però forzato ad ammettere che le probabilità di un simile esito sono minime.

In vista di alcuni casi occorsimi, in cui, quantunque la diagnosi fosse stata stabilita esattamente, e il medico e i parenti fossero messi sull'avviso del vero stato delle cose, pure quando si verificò la catastrofe della rottura, ad onta delle raccomandazioni fatte, e medico e parenti lasciarono a sè la paziente che soccombeva dopo 4 ore, io mi accordo con J. Veit nel ritenere più razionale, appena assodata la diagnosi di gravidanza tubarica, l'immediata laparotomia con esportazione della tuba gravida. Specialmente nei primi tempi della gravidanza si può sperare di potere esportare senza difficoltà l'intera massa, e di poter fare col legamento largo un peduncolo, di cui sia facile il trattamento. Sopravvenuta la rottura o un processo suppurativo, io credo che, in base ai numerosi casi esposti in questi ultimi anni alla Società di Ostetricia e Ginecologia in Berlino, sia giustificata la laparotomia per rimuovere direttamente il focolaio della rottura o della suppurazione, ricorrendo eventualmente al drenaggio verso la vagina, e alla sutura del sacco verso la cavità addominale.



Fig. 197. — Gravidanza tubarica. Lo scheletro del feto uscito dal sacco è poggiato sulle sue pareti. Il preparato fu da me dimostrato a Kopenhagen nel 1884.

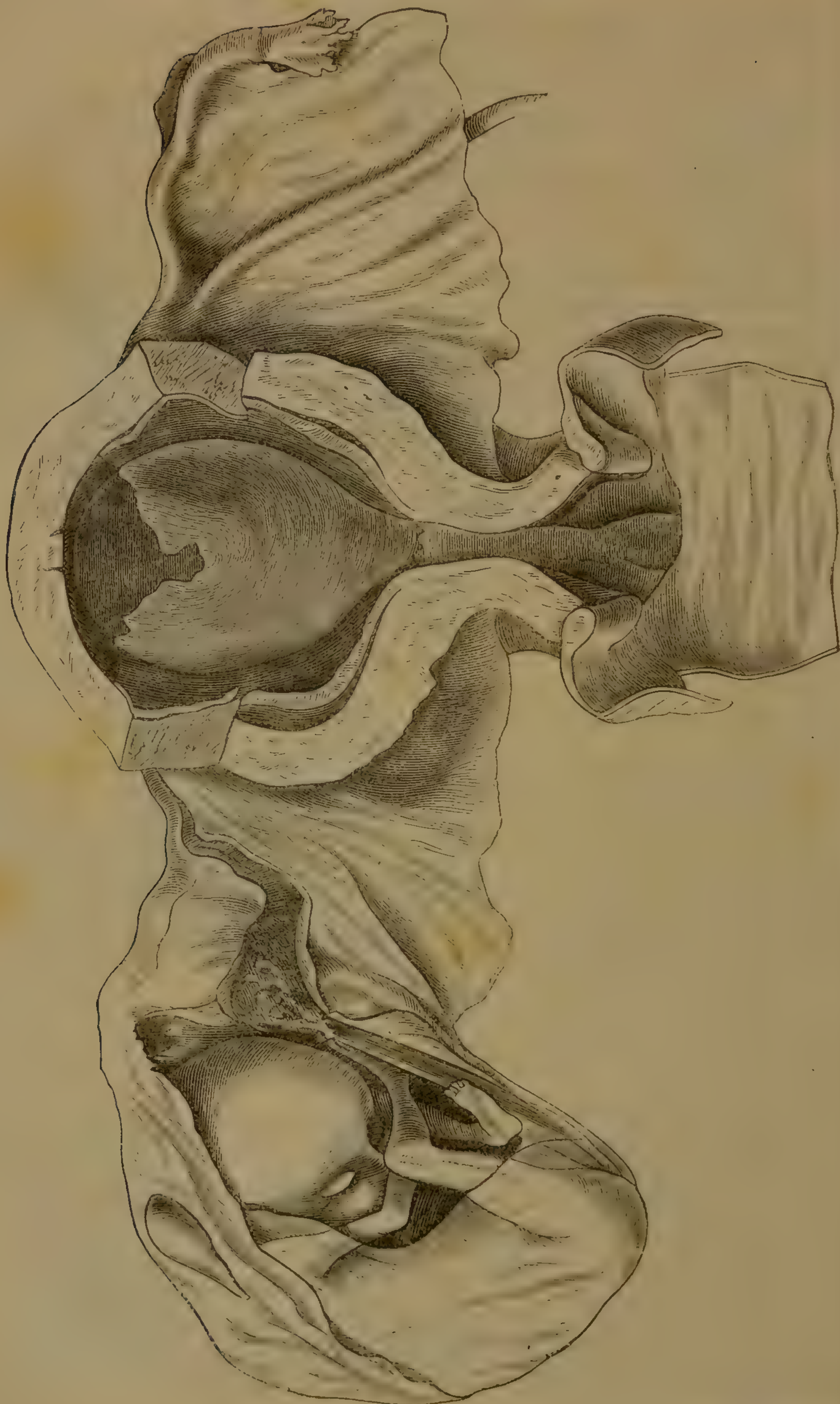


Fig. 198. — Da Beigel: preparato del Mus. Anat. di Vienna. Cavità uterina ingrandita, pareti rivestite di decidua in parte staccata.

Finora io ho operato 11 casi di gravidanza estrauterina, che ritengo tutti di natura tubarica, 3 volte il sacco era ancora integro, e fu estirpato assieme al feto ed alla placenta con successivo drenaggio della cavità; le pazienti guarirono. In un caso tutto l'uovo passato nella cavità addominale aveva subito la calcificazione; l'uovo fu esportato e la paziente guarì. In altri 3 casi il feto era o ridotto a scheletro, o mummificato, o libero e poco alterato nella cavità addominale; 3 guarigioni.

In 3 casi la parete del sacco si era usurata, e il contenuto si era riversato nella cavità addominale, o nella cavità pelvica circoscritta da pseudo-membrane di nuova formazione; vi era perforazione di anse intestinali e gravi fenomeni di infezione già in corso. Di queste tre pazienti non si potè salvarne neppure una (1).

Appena posta la diagnosi di gravidanza tubarica, io consiglio l'immediata operazione secondo la proposta di Veit; a ciò ci incoraggiano, oltre le viste teoretiche, i risultati dei casi operati da Veit (2).

4. Neoplasmi delle tube.

I neoplasmi primari ed isolati della tuba si riducono finora a pochissimi casi. Ultimamente Winckel (3) ha descritto parecchi casi di fibroma nelle tube. Doran (4) e Senger (5) hanno descritto un sarcoma primitivo della tuba: l'ultimo emette l'opinione che il sarcoma abbia avuto origine dalle ghiandole del paraovario. Infine Gottschalck ha presentato al Congresso di Berlino nel 1886 un caso operato da Landau.

È solo in questi ultimi tempi che io ebbi occasione di osservare un caso di cancro primitivo della tuba (6). Il cancro verosimilmente si era sviluppato nella mucosa.

È evidente che per la terapia non si possono fissare regole senza venire al caso speciale. Forse una diagnosi fatta di buon'ora permetterebbe la guarigione in seguito ad ablazione del neoplasma; ma è appunto questa diagnosi in tempo opportuno che, riescendo ardua coi mezzi attuali, rende eccezionale la probabilità di un felice successo.

---

(1) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn; relazioni del Congresso di Londra nel 1881, e di Kopenhagen nel 1884.
(2) L. c.
(3) Trattato 1886.
(4) Patholog. Transactions XXXI, p. 174.
(5) Centralbl. f. Gyn. 1886, n. 37.
(6) Arthmann, Soc. di Ost. e Gyn. di Berlino, 12 nov 1886.

VII. Malattie dei legamenti larghi.

1.° Parametrite.

Nel lasso tessuto che forma il pavimento pelvico, e che si insinua anche fra le ripiegature del peritoneo formando i legamenti larghi, è rara l'insorgenza di un processo flogistico primitivo, idiopatico. Le malattie dei legamenti larghi sono assai più spesso di origine settica, o dovute all'immigrazione di altri cocchi (gonorrea, tubercolosi). Di fronte a queste forme piuttosto gravi, è assai meno frequente la forma di infiammazione così detta benigna, i cui momenti patogenetici sarebbero rappresentati da traumi, da azioni irritanti specialmente in seguito a masturbazione, o da malattie esaurienti locali o generali. Perciò, secondo Freund (1), che coi suoi molteplici studi ha dato un quadro ben caratterizzato di questi processi morbosi, le parametriti da agenti irritanti non specifici sono rare, in confronto di quelle dovute ad infezione; e fra queste ultime prevalgono quelle da infezione settica, sia dovuta ad un puerperio, o a ferite ed operazioni con mani e strumenti non disinfettati. Vengono poi in seconda linea le infezioni sifilitica, blenorragica e tubercolare.

I reliquati di queste infiammazioni, per la loro facilità alle recidive e specialmente per l'influenza che spiegano sull'andamento delle operazioni ginecologiche, assegnano un'alta importanza anche in ginecologia alle affezioni puerperali dei legamenti larghi.

Certo la parametrite è per lo più una malattia settica, la cui porta d'ingresso è facilmente fornita in puerperio dalle soluzioni di continuo e dal rilasciamento dei tessuti. Prescindendo dalla diversa intensità del virus, e dalle complicazioni che nel decorso stesso del puerperio possono associarsi a questa malattia, le affezioni puerperali per l'ostinata persistenza dei loro reliquati forniscono ancora un contingente considerevole alle malattie ginecologiche. Qualche volta il puerperio ebbe decorso in apparenza più che normale, e all'occhio del profano apparve libero l'intervallo decorso fra il puerperio stesso e la prima insorgenza del male.

I residui delle parametriti puerperali meritano tanta maggior atten-

---

(1) Monatschr. f. Geburtsk 34, p. 380. — Congresso di Rostock, 1871. — Die gynäkol. Klinik in Strassburg, 1886.

zione, inquantochè possono esercitare per anni ed anni una dannosa influenza sulle funzioni dell'utero e sulla nutrizione di tutto l'apparato genitale, e non di rado oppongono un ostacolo quasi insormontabile a tutte le misure terapeutiche, che contro quegli sconcerti vengono indirizzate. Analogamente, anche le forme non puerperali possono disturbare la nutrizione di tutto l'apparato genitale, come nella forma descritta da Freund (1) col nome di parametrite cronica atrofizzante, cui egli assegna un'origine non puerperale.

L'anatomia patologica delle due forme di parametrite mostra nello stadio acuto una essudazione nel legamento largo e nel cellulare pelvico che, per imbibizione sierosa del connettivo lasso e ricco di vasi interposto alle duplicature del peritoneo, porta alla formazione di un edema gelatinoso (il flemmone diffuso di Virchow (2)), o edema acuto purulento di Pirogoff. Questo edema è in modiche proporzioni nelle forme non infettive. Da esso origina assai presto una retrazione cicatriziale del connettivo, retrazione che si ripercuote sui vasi e nervi decorrenti nel cellulare pelvico.

Nella forma infettiva dall'edema si passa ben presto alla formazione di pus. Le masse di essudato possono invadere tanto la base del legamento largo, cioè la porzione di esso situata subito al disopra dei fornici (fig. 199, *Cavum pelvis subperitoneale*), quanto il segmento posto più in alto presso alla tuba, e costituito da un esile duplicatura della sierosa, il vero legamento largo, che nella fig. 199 non potè esser riprodotto. Possono dai margini dell' utero spingersi fino alla parete del bacino, e diffondendosi più in là sorpassare la linea innominata fino alle ali delle ossa iliache. Possono protendersi sotto il peritoneo lungo la colonna vertebrale, isolare l' utero dal suo rivestimento sieroso e, sotto lo spazio del Douglas e sopra il fornice, diffondersi al lato opposto, per quivi eventualmente incontrarsi e fondersi coll'essudazione verificatasi da questa parte. È cosa relativamente rara che gli essudati parametritici si insinuino tra la vescica e l' utero, per avvolgere la vescica, nello stesso modo che vedemmo venire da essi abbracciato lo spazio del Douglas ed il suo contenuto.

Progredendo lo sviluppo dell'essudato, il rivestimento sieroso di tutta la pelvi presenta una grande disposizione a prender parte alla malattia. Perciò nelle parametriti poco estese vediamo insorgere per lo più contemporanea una peritonite localizzata, quindi peri e para-metrite si svolgono assieme, formando una frequentissima complicazione.

Nel segmento di peritoneo che sta sopra al punto malato si determina una dilatazione vasale, per lo più limitata, che porta con sè una

(1) Berl. Beiträge zur Geburtsh. u. Gyn. 1, 1875.
(2) Virchow's Archiv. XXIII, 18.2.

essudazione più o meno estesa. Le masse di essudato si depongono quali spesse membrane sul peritoneo, o danno luogo a saldo aderenze fra i legamenti larghi e le contigue anse intestinali, che vengono così a saldarsi intimamente.

Le parametriti, anche molto estese, possono passare a riassorbimento: in questo periodo possono rimanere a lungo stazionarie, per scomparire completamente solo più tardi. Questi essudati in altri casi determinano

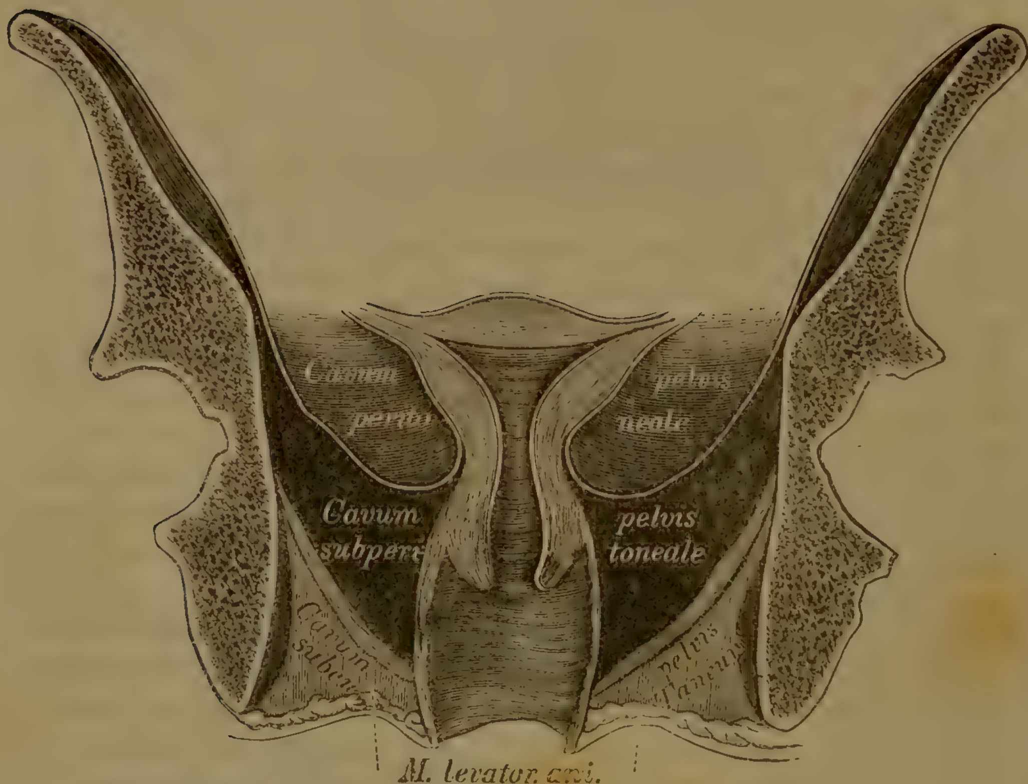


Fig. 199. — Da Bandl, Handbuch der Frauenkrankh.

rammollimento e fusione anche nei tessuti vicini, e si evacuano attraverso alla perforazione, per poi guarire. Rara in essi l'icorizzazione. In ogni modo questi essudati parametritici sono sempre forme molto gravi, che, se non conducono alla morte, danno però luogo ad ostinati spostamenti e sconcerti negli organi pelvici, e possono portare uno stato di perpetua infermità.

Oltre a questi essudati occupanti tutti lo spazio fra le duplicature del peritoneo ed i fornici, che si sviluppano nell'egual modo tanto nelle forme puerperali che nelle extrapuerperali, si trova un'altra forma che, secondo le mie osservazioni, è sempre di origine extrapuerperale. Si sentono, cioè, non di rado nei parametrii delle pleiadi ghiandolari infiltrate e tumefatte, che dall'utero si distendono a guisa di corona fino ai lati del

bacino. Per quanto io ne so, finora questa *adenite periuterina* (1) fu diffusamente discussa solo dagli autori francesi. Messo sull'avviso di ciò, io ne ho osservato un numero non piccolo di casi, sulle cui conseguenze intendo di richiamare l'attenzione.

Tutti i casi di adenite periuterina giunti a mia conoscenza riguardavano donne ben costituite, che avevano contratto matrimoni con giovani del ceto agiato, mercanti, ufficiali, legali, industriali, i quali per lo più avevano avuto un passato assai procelloso. Solo uno asseriva di non aver mai contratto malattia alcuna degli organi genitali, ma in questo caso si seppe che, alle spalle del marito, la moglie aveva contratto da altro uomo una infezione ripetuta. In tutti questi casi la malattia era iniziata fin dai primi tempi del matrimonio e, tranne due, le donne erano sterili. Le due che ebbero figli partorirono prematuramente: l' una di esse un feto macerato.

In questi casi ai primi stadî si poterono percepire le piccole ghiandole avvolte per lo più in un essudato parametritico poco esteso: in altri, venuti assai più tardi alla cura, l' essudato o si rilevava in forma di nastri o bende cicatriziali, o era stato completamente riassorbito, ed allora spiccavano chiaramente i piccoli nodi disseminati nel parametrio. Per lo più se ne sentivano solo tre o quattro, disposti in serie ad un lato dell'utero. Una più minuta esplorazione, necessaria in questi casi, apprendeva che d' ambo i lati esistevano piccoli nodetti, che si potevano talvolta seguire fino al contorno del bacino in numero rilevante, e disposti come i grani di un rosario.

Questa forma di affezione del parametrio io sono tanto più proclive a comprenderla nel capitolo delle parametriti, perchè è fuor di dubbio, per le mie osservazioni, che talvolta da queste piccole tumefazioni ghiandolari si svolsero dei voluminosi essudati. Certo non posso portare una dimostrazione sperimentale, ma mi pare molto verosimile che l' essudazione nel parametrio non di rado origini da simili infiltrazioni ghiandolari. Come altrimenti spiegare il fatto strano e caratteristico, che all' inizio della malattia, quando è pronunciata la febbre, la formazione di un vero essudato è preceduta talvolta per parecchi giorni da un dolore intenso nell' uno o nell' altro lato, che sembra mitigarsi appunto quando riesce evidente la formazione dell'essudato? Non è forse giusto supporre che il dolore sia causato dalle ghiandole infiltrate, che forse per la loro profondità sono difficili a percepirsi, e che poi per la fusione suppurativa della sostanza ghiandolare, e per la perforazione della tunica propria della ghiandola, l' essudato si riversi fra le duplicature del peritoneo, nel legamento largo e nel *cavum pelvis subperitoneale?*

In uno dei miei casi di adenite periuterina non puerperale, che per

(1) Courty, Annales de Gyn. Parigi 1881 XIV, p. 211-237.

confessione del marito si poteva indubbiamente attribuire ad una infezione blenorragica nei primi tempi del matrimonio, ho potuto constatare direttamente questo modo di insorgenza dell'essudato, dopo che le ghiandole dietro una cura opportuna si erano già ridotte al punto da essere appena percettibili. In seguito a coito smoderato si ebbe forte catarro uterino, si svilupparono vivi dolori, che avevano punto di partenza in queste ghiandole; le ghiandole si rigonfiarono, e in meno di tre giorni un essudato diffuso riempiva tutta la parte sinistra del bacino. Non mi è possibile, come ho detto, di fornire la prova sperimentale del modo di sviluppo di questo processo, e la mia ipotesi si appoggia unicamente sui fatti clinici.

La già ricordata *parametrite cronica atrofizzante* di Freund consiste in un processo infiammatorio cronico e non puerperale del connettivo pelvico, che ne determina la retrazione cicatriziale e la rarefazione. Questo tessuto cicatriziale abbraccia tutto intorno il collo, stringe i vasi dell'utero, e col permanente disturbo nel circolo è causa di una lenta, ma progressiva atrofia dell'utero stesso. Il male per lo più è bilaterale, ma in un caso l'ho trovato evidentemente unilaterale, ed unilaterali pure i disturbi di nutrizione che ne derivavano all'utero. Col progredire dell'atrofia gli sconcerti di nutrizione si estendono nel bacino a tutti gli organi vicini.

Tutte le forme di parametrite, se non vengono completamente riassorbite, sono causa di notevoli stiramenti sull'utero, sulla vescica e sul retto, e di alterazioni tanto in questi organi, quanto in tutti i tessuti del piccolo bacino. Inoltre, sotto l'influenza specialmente delle forme croniche, sono frequenti i disturbi di nutrizione in organi lontani, fra i quali furono recentemente rilevati e studiati quelli nel campo del nervo ottico, per opera specialmente di Förster (1) e Mooren (2).

I sintomi iniziali della parametrite consistono in vivissimi dolori, dovuti in parte alla distensione dei foglietti sierosi del legamento largo, in parte alla pressione che l' essudato esercita sull' intestino, sui plessi nervosi sacrali, sulla vescica e sugli altri organi pelvici. Questi dolori possono fin da principio raggiungere presto il grado più elevato e scompaiono solo nel riposo assoluto della paziente. In altri casi i dolori crescono a sbalzi, e, dopo essersi mantenuti a lungo entro limiti discreti, si esacerbano all'epoca della mestruazione, o per una qualsiasi lievissima causa, per una leggiera scossa e così via, fino a raggiungere un grado intollerabile, ed a costringere la donna al più assoluto riposo. In altri casi ancora, il dolore insorge in immediata dipendenza di un trauma sofferto, e questo modo di insorgenza si ha particolarmente quando si tratta

(1) Archiv. f. Augenheilkunde 1377.
(2) Die nervösen Störungen bei Augenerkrankungen 1881.

di recidiva di antichi processi creduti estinti (Appunto le recidive hanno una non comune violenza, di solito come effetto immediato di un trauma).

Le parametriti, oltre agli indicati sintomi da compressione, danno luogo per l' ulteriore svolgersi del male a temperature febbrili, a segni di suppurazione, oppure i disturbi restano immutati a lungo con scarse oscillazioni, e solo a poco a poco si mitigano nel punto primitivamente colpito, per dar luogo di lì ad altre alterazioni. Di solito l' utero piglia parte alle gravi affezioni del parametrio, esso viene spostato, la sua nutrizione ne soffre, si stabilisce una abbondante secrezione, non di rado commista a sangue; in questi casi l'utero talvolta si ingrossa, e diventa sensibile in alto grado. Ancor più comunemente dell' utero partecipa al male il peritoneo. Le parametriti piuttosto estese non si svolgono quasi mai senza interessamento del peritoneo, i cui sintomi, l'elevata sensibilità, la tendenza al vomito, i disturbi nella defecazione vengono ad aggiungersi agli sconcerti già in corso.

Per lo sviluppo di un essudato intralegamentoso viene naturalmente a soffrirne anche l' ovaio, i cui vasi vengono compressi dall' essudato. Inoltre le ovaie soffrono anche per le complicanti perimetriti e peritoniti.

Frequentissima concomitanza degli essudati parametrici sono i disturbi da parte della vescica. Il continuo tenesmo non lascia riposo alle pazienti, e se per il frequente succedersi del mitto si stabilisce irritazione ai genitali esterni, insorge un bruciore tormentoso a queste parti nell'atto dell'emissione dell'urina. Di solito le parametriti infettive iniziano con intenso brivido ed elevazione termica. La temperatura raggiunge quasi sempre un grado elevato, e vi si mantiene negli essudati estesi, senza notevoli remissioni per 3-4 giorni, od anche assai più, assieme a frequenza del polso e a dispnea dovuta in parte al dolore. In seguito, a seconda delle modificazioni cui va incontro l'essudato, o si ha una remissione durevole, e la febbre cessa del tutto, oppure la temperatura sale a gradi elevatissimi, a 40°, 41°, per decrescere solo quando la fusione dell' essudato è completa, e questo è giunto a farsi strada da una parte o dall'altra. Se la fusione è limitata e se il male interessa l'intestino, la vescica, la vagina, si vede rapidamente venire in scena un profondo deperimento sotto una elevata febbre consuntiva. L' evacuazione del pus in simili casi non porta sempre una risoluzione immediata: si hanno sintomi generali, si vedono gonfiarsi le gambe, si formano dei trombi, i cui frammenti possono esser trasportati come emboli ai diversi organi, sicchè la catastrofe finale viene determinata apparentemente da lesioni ad organi lontani, quando il focolaio parametritico ha già progredito verso il raggrinzamento e la guarigione.

Altro decorso presentano le forme traumatiche e specialmente le recidive della malattia. In esse l'essudazione è poca cosa, e perciò moderato anche il dolore. Lo stadio acuto è poco pronunciato, si ha un decorso

subdolo, ma in ragione del lento ed incompleto riassorbimento, ne risulta una retrazione tanto più notevole negli organi del bacino, con esito di loro patologica fissazione. In questi casi le malate trascinano a lungo con sè il proprio male. Soffrendo ad ogni defecazione, cercano di differirle quanto più è possibile. Oltre ai disturbi intestinali che inevitabilmente ne derivano, e alle cefalee che vi si associano, insorgono anche ingorghi emorroidarî. Il quadro complessivo che ne risulta è tale nella sua lenta evoluzione, da far pensare piuttosto a qualche affezione gastrica o a turbe nervose. Se gli essudati si riducono, e se si adotta un opportuno e riguardoso sistema di vita, può aversi una specie di euforia, in grazia della quale, e dell' avversione a sottoporsi a cura medica, il male vien tollerato, dando luogo allo stato ben noto di donne sempre malaticcie ed isteriche.

È appena necessario accennare ai sintomi della suppurazione e dell'evacuazione del pus. Per lo più il pus si riversa nel retto, e in circostanze simili ho visto una sola volta presentarsi una complicazione letale per penetrazione del contenuto dell' intestino nella cavità ascessuale: di regola queste parametriti con evacuazioni nel retto giunsero a guarigione regolare, sebbene lentamente. Per ordine di frequenza succede la perforazione verso la vagina, poi quella al disotto del legamento di Poparzio; è caso rarissimo che l' essudato si insinui attraverso il grande ed il piccolo foro ischiatico fin verso la regione glutea, per trovare lì il suo sfogo.

Se nella pratica ginecologica non sono poi tanto rare le parametriti recenti, assai più comuni però occorrono alla cura i casi cronici, in cui per raggrinzamento e retrazione dei legamenti si hanno spostamenti e fissazione dell'utero, e complicazioni da parte della vescica e del retto. I sintomi di questi casi cronici coincidono quasi perfettamente con quelli della perimetrite cronica, e perciò me ne occuperò in modo più particolareggiato al capitolo della perimetrite.

I sintomi dell' adenite periuterina spesso rimangono a lungo quasi latenti. In tutte le mie malate non vi era dolore eccessivo, esisteva più o meno leucorrea, ma sempre decadimento notevole delle forze, prostrazione, sintomi nervosi, dispepsia. In molte riusciva dolorosa la coabitazione, ma nel maggior numero no, anzi era spiccatissimo *l' impetus coeundi* e assai vivo il desiderio di prole.

Si assomigliano a questi i casi di Freund di parametrite atrofizzante, solo che in essi era notevole la precoce senilità delle pazienti e la menopausa pure precoce e accompagnata da disturbi dolorosi.

La diagnosi delle parametriti riesce difficile, perchè le malattie di una qualche estensione nei legamenti larghi vanno quasi sempre congiunte a lesione del peritoneo, che modificano di molto il reperto. Gli essudati del legamento largo si trovano evidentemente situati ai lati

dell'utero, fra l'utero spostato verso il lato opposto e la parete pelvica; si spingono di solito assai in basso verso la vagina, deprimono i fornici, fanno sporgenza nel lume della vagina presso alla *portio*, arrivano in alto fino a livello dello strato superiore, sollevano il peritoneo dalle ali delle ossa iliache e su queste si spingono su su, sotto al peritoneo, fino a giungere all' altezza del bellico, mentre in basso si estendono fino al legamento di Poparzio, subito al disotto della parete addominale, che possono perforare per versarsi all'esterno.

Per la diagnosi differenziale fra parametrite ed altre affezioni, ha grande importanza l'anamnesi e la constatazione se lo spazio del Douglas sia libero, od occupato dalle ovaie. È questa una circostanza difficilissima a stabilirsi, specialmente nelle parametriti estese, e pure si deve tentare di metterla in chiaro per servire alla diagnosi differenziale.

Diagnosticare una parametrite soltanto colla palpazione dell'addome non lo ritengo possibile, come pure ritengo impossibile la diagnosi col solo dito esploratore. È indispensabile delimitare i confini tra l'essudato e l' utero, e stabilire il grado di mobilità o le connessioni fra utero e tumore. Se il male è bilaterale e le due masse di essudato comunicano sotto il peritoneo, dietro o davanti all'utero, la diagnosi riesce assai più ardua; l'utero sembra come inchiodato fra queste masse, e spesso non si riesce a delimitarlo che con gravi difficoltà e nella narcosi.

La *prognosi* in genere non è sfavorevole, perchè, salvo poche eccezioni, le parametriti possono venir riassorbite e sono tanto accessibili alla cura, che colla necessaria pazienza si può contare quasi con certezza sulla loro guarigione. Non ritengo sfavorevole la prognosi, anche perchè non di rado lo sviluppo della parametrite esclude un ulteriore diffondersi dell' infezione, e finalmente perchè la tendenza alle recidive vi è sempre meno pronunciata che non nelle perimetriti. La prognosi si aggrava, se per lunga durata del processo, o in special modo per intervento intempestivo, si sono determinati dei raggrinzamenti, pei quali vengono turbati nelle loro funzioni tanto l' utero, quanto gli organi vicini.

Per la parametrite cronica in genere, ma specialmente per la forma atrofizzante e per l'adenite periuterina, la prognosi è poco lieta, e tanto più grave, in quanto che questi casi si complicano abitualmente con parametrite.

Cura. — Nello stadio acuto la cura sarà strettamente antiflogistica con sottrazioni sanguigne, freddo, riposo, blandi purgativi, narcotici. Ma appena il processo giunge allo stadio di sosta, si provocherà e si aiuterà con ogni mezzo il riassorbimento; qui appunto hanno grande importanza i preparati iodici, non solo per pennellature sulle pareti addominali, ma anche per applicazioni in vagina sui fornici e sul collo. Queste applicazioni interne di iodio io le ho usate in un gran numero

di casi fin dal 1878 con ottimo successo. Ricorrendo opportunamente ai semicupî, agli epitemi e ad una energica dieta corroborante, di solito si possono portare a guarigione i casi recenti. Combinando questa cura colle iniezioni calde in vagina e coll'uso dell'iodoformio io ho ottenuto ottimi resultati. Assai più difficile è la cura dei casi cronici, nei quali vi è già retrazione cicatriziale, specialmente quando abbiamo a che fare con un essudato di antica data, riducentesi a poche briglie cicatriziali. Se però la parametrite non è complicata, la cura ci darà migliori probabilità di successo, che non quando esista complicazione di perimetrite.

In questi casi si può ricorrere a cataplasmi e bagni con muffe, all'iodoformio in pomate e in supposte, alle irrigazioni rettali, ai tamponi con glicerina e tannino, ai semicupi, insomma a tutti i mezzi che favoriscano il riassorbimento. Consiglio anche in questi casi le note acque minerali iodiche, solfate o clorurate e anche i bagni di mare, se si tratta di soggetti indeboliti. Più d'una volta in questi ultimi tempi ebbi occasione di esperimentare il massaggio in queste forme di parametrite cronica con scarso essudato, ma con forte retrazione cicatriziale.

Il numero dei casi così trattati finora non è grande, perchè all'attuazione di questa cura ho trovato grandi difficoltà nella sensibilità delle pazienti. In quelle meno sensibili, che poterono sopportare a lungo il massaggio ripetuto 4-5 volte alla settimana, i risultati furono piuttosto confortanti. I tessuti cicatriziali si allentarono, l'utero riacquistò la sua mobilità e sparvero i disturbi che da gran tempo duravano in corrispondenza agli organi pelvici.

Per eseguire il massaggio, io introduco due dita in vagina e attraverso il fornice spingo in alto la parte su cui si devono eseguire le manovre. Colla mano esterna si imprende poi dall'alto il massaggio di questa parte, prolungando sempre più le sedute. Occorre molta abitudine, perchè tanto il medico che la paziente non abbiano troppo presto a stancarsi per queste manipolazioni.

Nei casi che resistono anche a questi mezzi di cura, di solito non resta che soddisfare alle indicazioni sintomatiche. Nella adenite periuterina, oltre alla cura coll'acqua calda, l'iodio, l'iodoformio, gli epitemi, i semicupi, ricorro anche alle frizioni di pomata mercuriale a piccole dosi, in modo da poter prolungarne l'uso per un po' di tempo, e ne ho ritratto buonissimi effetti. Ho potuto così togliere la sensibilità di queste ghiandole e lo stato irritativo all'utero e nei fornici; ho anche potuto farne diminuire il volume, ma solo in pochi casi mi fu dato di guarire la sterilità. Nelle forme di retrazione cicatriziale nei parametrî si dovrà tentare anche la cura con queste frizioni.

2. Ematoma extraperitoneale.

La possibilità di uno stravaso sanguigno non puerperale fra i foglietti del legamento largo, fu stabilita solo in tempi recenti dietro irrefutabili reperti cadaverici (1).

Vi si comprendono tutti quegli stravasi di sangue che si insinuano fra i foglietti del legamento largo, e talora si spingono davanti o di dietro a circondare quella parte di collo o di corpo dell' utero, che è situata sotto il peritoneo, in modo da formare confluendo un' unica grande cavità ripiena di sangue.

L'*eziologia* di questi stravasi di solito riposa su di una lacerazione vasale durante la mestruazione. Perciò possono esser causa dell'improvvisa insorgenza del male gli insoliti sforzi muscolari durante questo periodo, i colpi, le cadute, l' eccessiva eccitazione sessuale. Certo non sempre l'anamnesi può mettere in evidenza questi momenti causali; specialmente le malattie che si associano alla vita sessuale ci vengono spesso taciute con premeditazione.

Non si deve naturalmente escludere la possibilità di un'altra origine della lacerazione vasale, nello stesso modo che anche in altri organi si verificano delle apoplessie senza immediata causa apprezzabile. I vasi del legamento largo sembrano prevalentemente disposti a queste lacerazioni per l'intensa congestione cui vanno soggetti durante la mestruazione, e ancor più nel parto e nel puerperio. Questi ematomi si trovano per lo più in donne che hanno già partorito, sono rari nelle nullipare, e secondo le mie osservazioni non si trovano mai in casi di integrità verginale dei genitali.

L'*anatomia* di questi stravasi fu posta in chiaro dai reperti cadaverici, e dall'esame diretto in casi di laparotomie. Gli spazi riempiti di sangue si trovano in tutte le parti, fra i foglietti del legamento largo, sotto al peritoneo, intorno alla vescica ed al collo dell' utero. Stravasi piuttosto piccoli si possono vedere limitati alla parte alta del legamento largo, senza diffondersi in tutta la duplicatura del peritoneo.

Possono aversi stravasi isolati bilaterali che si mantengono nettamente divisi, oppure confluiscono, ed allora possono sollevare tutto il peritoneo pelvico spingendosi fin lungo la colonna vertebrale, e formando delle pozze di sangue sulle ali delle ossa iliache.

Non sempre si trovano avanzi di vasi nelle cavità formatesi per lacerazione di tessuti. Più volte ho visto dei brandelli di tessuto contenenti ramificazioni vasali, che pendevano come i capi di un filo dalle

---

(1) Kuhn, Ueber Blutergüsse in die breiten Mutterbänder Zurich, 1874. — Schlesinger, Wien. med. Bl. 1884, n. 27-43. — Freund, Gynäk. Klinik, Strassburg 1885.

pareti squarciate nel lume della cavità. I legamenti larghi si trovano spesso come dilacerati con grande violenza. Le pareti irregolari, quando lo stravaso dura da certo tempo, si rivestono di coaguli che si infiltrano in esse e le rendono spappolabili. La cavità appare irregolare per numerosi recessi nelle sue pareti; non è raro il vederla attraversata da qualche fascio fibroso che ha opposto maggior resistenza; i singoli diverticoli si spingono fino a ridosso della parete pelvica, deprimono i fornici distaccandoli in parte dai tessuti vicini, dissecano il peritoneo dal sacro e si insinuano, formando dei prolungamenti, là ove i tessuti offrono minor resistenza.

Il sangue subisce in queste cavità la sorte comune a tutti gli stravasi sanguigni, per lo più coagula presto e, scomparsa per riassorbimento la parte liquida, tappezza di uno strato solido le pareti. La regressione di queste masse spesso è relativamente lenta e richiede di necessità un tempo piuttosto lungo.

In altri casi la regressione è parziale, e interessa solo alcune porzioni dello stravaso, mentre le altre continuano per mesi ad avere un contenuto di sangue quasi inalterato, appena un po' inspessito.

Il sangue può anche decomporsi, e lo spazio sanguigno convertirsi per fusione suppurativa in una cavità ascessuale, nella quale si succedono tutte le modificazioni proprie dei focolai purulenti. Merita qui speciale considerazione la perforazione all'esterno.

Già nel momento in cui si origina lo stravaso succede talvolta la rottura, specialmente del delicato rivestimento peritoneale del tumore Il sangue può allora riversarsi nella cavità addominale e quivi venir riassorbito o dar luogo ad una peritonite diffusa, oppure, se pel processo flogistico si sono formate alla superficie o in vicinanza delle membrane limitanti, può il sangue effondersi nei segmenti del cavo peritoneale così limitati, e qui poi andar incontro al riassorbimento o alla decomposizione.

Rara è l'apertura all'esterno dei sacchi sanguigni extraperitoneali, sia in vagina, sia alla regione glutea, attraversando la grande incisura ischiatica.

In questi stravasi sanguigni hanno luogo alterazioni anche negli organi vicini, talvolta analoghi focolai emorragici si riscontrano nell'ovaio, sia nei follicoli, sia nello stroma. Per la pressione della massa di sangue stravasata hanno origine edemi e trombosi anche in organi sottoposti; specialmente può venirne alterato l'utero; la mucosa si tumefà, si costituisce una endometrite emorragica e, in seguito a questa, considerevoli perdite di sangue per la vagina.

Fra i sintomi dell'ematoma extraperitoneale il più caratteristico è la subitaneità della sua insorgenza in donne fino ad allora apparentemente sane. È eccezionale che il fatto si verifichi in donne già ammalate.

Un improvviso, atroce dolore al ventre si accompagna a un senso di debolezza estrema, che va fino al deliquio. I dolori ora hanno forma colica, ora intermittente, come le contrazioni uterine; si ripetono ad accessi con pause ora lunghe, ora brevi.

Gli astanti sono subito colpiti dal pallore estremo, e dai sintomi di anemia, specialmente se non accompagnati da alcuna emorragia esterna. Se lo stravaso si verifica nel periodo mestruale, la mestruazione cessa di botto, per ritornare dopo un po' di tempo abbondante e protratta. Vivo è il tenesmo rettale e vescicale; il ventre è di solito sensibile solo alla palpazione assai profonda e toccando direttamente il tumore. Un grado pronunciato di sensibilità autorizzerebbe sempre a pensare all'interessamento del peritoneo.

All'esame locale si constata la presenza di un tumore, che si dispone lateralmente all'utero, riempiendo la metà corrispondente del bacino, e che talvolta si prolunga davanti o dietro il collo verso l'altro lato, od anche occupa i due lati contemporaneamente. A seconda del suo volume, questo tumore sorpassa lateralmente il livello del fondo dell'utero: sembra saldamente inchiodato nel piccolo bacino, e il suo vertice viene a trovarsi nel centro dello stretto superiore, reperto che però è difficile a stabilirsi con esattezza, specialmente agli inizi della formazione dell'ematoma, vista la sensibilità alla palpazione profonda. L'utero di solito appare molliccio; non di rado sembra disteso intorno alla periferia del tumore, in rapporto al quale gode di pochissima mobilità. Anche il tumore è poco mobile, in principio ha una tensione elastica; talvolta è molle e pastoso e sensibile. Dalla parte sana il dito può delimitare l'utero, dal retto si sente libero lo spazio del Douglas. Dal lato sano si sente distinto l'ovaio per lo più in posizione normale. — Alcuni pretendono di aver sentito nel tumore stesso lo scricchiolìo dei coaguli recenti, sintomo che io non ho mai percepito con sufficiente chiarezza.

Del resto il reperto dipende dall'estensione dello stravaso, e dalla regressione cui va incontro; procedendo il riassorbimento, la massa del tumore si inspessisce e si indurisce, per poi atrofizzarsi e scomparire, il che richiede 1-3-4 ed anche più mesi, a seconda delle proporzioni dello stravaso.

Se la lacerazione si fa verso la cavità addominale libera, per lo più le condizioni si aggravano assai. Si succedono i fenomeni di collasso e in mezzo a questi può avvenire la morte, oppure dopo varie oscillazioni si avvia una lenta reconvalescenza, se però il quadro non viene dominato da prevalenti sintomi di peritonite.

L'evacuazione senza che il contenuto si riversi nel cavo peritoneale, la suppurazione, la decomposizione del tumore danno luogo ai sintomi propri di questi esiti.

La diagnosi differenziale dovrà prima stabilire se si tratta di stra-

vaso o di essudato. Gli essudati per lo più si ordiscono gradatamente, preceduti da una malattia di certa durata; iniziano con brivido, aumento di temperatura e dolori vivi. Gli stravasi si determinano bruscamente dopo un trauma, e specialmente in rapporto colla mestruazione. Mentre gli essudati sono assai spesso in rapporto eziologico colla gravidanza o col puerperio, ciò non è per gli stravasi; se l'anamnesi rivela l'insorgenza improvvisa, ed una prima esplorazione constata il caratteristico spostamento dell'utero e lo spazio del Douglas libero, se l'ammalata è apiretica, si può con grande sicurezza posare la diagnosi di ematoma. Le difficoltà crescono invece, se manca il sussidio dell'anamnesi e il male si presenta tardivamente alla cura. Prima di tutto occorrerà stabilire se lo stravaso fu intra od extra-peritoneale.

Nei casi recenti gioverebbe il far cambiare di posizione alla paziente; nell'ematocele recente, di solito la massa, se non è incapsulata, scompare dietro all'utero, mentre nell'ematoma resta immobile. L'ematoma extraperitoneale è sensibile alla pressione soltanto in principio; l'ematocele continuamente in seguito alle complicanze con perimetrite. L'ematoma è sempre nettamente delimitabile in alto, l'ematocele solo nel caso esistano estese aderenze nel bacino; l'ematoma per lo più è ai lati dell'utero: in basso, coerentemente al suo modo di comportarsi tra i foglietti del legamento largo, e nel *cavum pelvis subperitoneale*, esso è ineguale e bernoccoluto. L'ematocele deprime il fornice come farebbe il polo d'un uovo, ed è situato direttamente dietro l'utero, mentre l'ematoma si sente quasi sempre lateralmente. Nell'ulteriore decorso di un ematoma che si avvii tipicamente al riassorbimento, non vi sono fenomeni febbrili, che del resto non si trovano sempre nemmeno negli stravasi sanguigni intraperitoneali, mentre non mancano quasi mai negli altri versamenti e negli essudati parametritici. Anche nel decorso ulteriore i versamenti peri e parametritici restano dolenti, mentre gli ematomi sono quasi insensibili.

Gravissime difficoltà si possono trovare nel differenziare un ematoma di data antica, tanto più se mancò il riassorbimento, da tumori delle tube, da miomi sottosierosi e da cisti intralegamentose: se in questi casi non fornisce alcun indizio l'anamnesi, si potrà però quasi sempre constatare una specie di peduncolo fra tumore ed utero, o un resto della tuba, o il caratteristico impianto nel legamento largo, e fondarvi la diagnosi differenziale.

Confesso tuttavia che appunto qui la distinzione urta in serie difficoltà, e solo una prolungata osservazione sul modo di svolgersi della neoformazione renderà possibile la differenziazione.

La prognosi in genere è favorevole: il maggior numero di questi ematomi per la poca gravità non è nemmeno oggetto di precisa constatazione. Le pazienti, appena riavute dai sintomi tumultuosi iniziali,

trascurano di chiamare il medico per indolenza o per senso di pudore: il progressivo, sebbene lento miglioramento rende più tardi superfluo l'intervento medico. Ma anche in casi gravi, che si presentano all'esame, di solito una cura opportuna basta a vincere il male, e rari sono i casi che causano la morte immediata per la gravezza della perdita sanguigna, o per rottura nella cavità peritoneale, o che danno luogo a sintomi tanto imponenti da rendere urgente l'intervento medico.

La *cura* sarà principalmente aspettante. Con una opportuna cura corroborante si possono vedere le donne riaversi anche dai più gravi fenomeni di collasso, appena cessa l'emorragia nel sacco dell'ematoma e purchè altre complicazioni non turbino il decorso del riassorbimento. Si dovranno sempre attuare colla più grande pazienza quelle cure che hanno per scopo di favorire il riassorbimento. In un piccolo per cento dei casi i disturbi aumentano, nonostante la conveniente cura, e sotto l'influsso del male si esercita una azione tanto minacciosa sulle condizioni generali, da rendere necessario un intervento più attivo. Questo consisterà per lo più nello svuotare il sacco emorragico. Questo svuotamento può farsi o dalla vagina, o dall'alto mediante laparotomia. Lo svuotamento dalla vagina a tutta prima sembra più semplice: ma se si pensa alle difficoltà che per questa via si oppongono ad una accurata rimozione dei coaguli e dei lembi di tessuto tanto facili a decomporsi, se si pensa al pericolo delle emorragie secondarie e della lacerazione dell'involucro peritoneale, e della diffusione del pus fra gli interstizî già creati nel legamento largo, si avrà ragione di porre in dubbio che questa via sia sempre la preferibile. L'altra via pone allo scoperto la zona d'impianto della sacca, permette di trattarne le pareti a seconda della loro struttura e, concedendo l'esportazione di un lembo di parete, garentisce meglio l'obliterazione della cavità. Fatta colle deliberate cautele, la laparotomia in sè non ha che pochi pericoli: eventualmente, portate all'esterno le anse, possiamo mettere completamente allo scoperto la cisti sanguigna, inciderla in un punto di elezione, evacuarla, raschiarne le pareti, controllare ogni emorragia, assicurare con un drenaggio per la vagina l'efflusso dei secreti della ferita ed infine rinchiudere dall'alto il sacco mediante sutura. Tale procedimento, da me usato in 10 casi, non mi diede negli ultimi 9 che buoni risultati.

La cura operativa però dovrà sempre rappresentare l'eccezione nella terapia di questi stravasi sanguigni (1).

3.° Tumori del legamento largo.

Fra le neoformazioni del legamento largo le più frequenti sono i *tumori cistici*, dei quali non sempre si può mettere in chiaro l'origine:

(1) Un altro processo operativo fu proposto da Zweifel, Archiv. f. Gyn. XXII; vedi Gusserow, Archiv XXIX, p. 389.

alcuni derivano certo dai canalicoli del paraovario provvisti di epitelio vibratile (1), altri dai residui del corpo di Wollf, la cui porzione genitale si riscontra sotto forma di sottili canalicoli fra il paraovario e l'utero (2). Questi tumori di solito non hanno grandi proporzioni, hanno pareti sottili ed un contenuto tenue limpidissimo, che contiene poco o punto di albumina.

Le cisti sono rivestite da epitelio cilindrico, talvolta con ciglia vibratili. Possono svilupparsi fino a raggiungere il volume dei tumori ovarici, ma per lo più sono di volume limitato. Nel loro accrescimento fra i foglietti del legamento largo naturalmente spostano gli organi vicini, e sollevano segnatamente le tube dal basso all'alto. Si afferma abbiano la proprietà di guarire completamente dietro la semplice evacuazione (3).

Nel legamento largo si trovano anche tumori solidi, descritti come *miomi o fibromiomi* (4). Non sono in connessione coll'utero, ma si estendono fra i foglietti del legamento largo e possono di lì, raggiungendo notevoli proporzioni, far sporgenza verso la cavità addominale, o crescere in basso verso la vagina e lateralmente a questa giungere fino alla vulva ove talvolta rendono necessaria l'operazione (5). In casi rari si sono visti fare sporgenza attraverso la grande incisura ischiatica.

Per conto mio non ho alcun contributo da portare riguardo a questi tumori solidi del legamento largo.

Cisti da echinococco in grembo al cellulare pelvico furono osservate ed operate non tanto di rado (6). Possono invadere estesamente lo scavo e riuscire di ostacolo specialmente ai parti; in altri casi si svuotano pel retto, o per la vescica, o per la vagina, ma la guarigione spontanea è però sempre un fatto eccezionale. Quando siano accessibili, si dovranno esportare completamente.

---

(1) Fischel, Archiv. f. Gyn. XVI.

(2) Waldeyer, Eierstock und Ei. 1869, p. 142.

(3) Spencer Wells, Diseases of the ovaries, 1872, p. 30. — Schatz, Archiv f. Gyn. IX. Gusserow ibid. X. — Duplay, Arch. générales 1882, 2, p. 386.

(4) Virchow, Tumori, 3, p. 221. — Sänger, Arch. f. Gyn. XVI.

(5) Stern, Dissert. inaugur., Berlino 1876. — Schröder, trattato, VII ed. p. 486.

(6) Schatz 185. — Schröder, trattato, p. 487. — Düvelius, Soc. di ost. e gin. di Berlino. Aprile 1886 (osservazione dell'autore).

VIII. Malattie del peritoneo pelvico.

1. Perimetrite.

L'infiammazione di quel segmento di peritoneo che riveste gli organi del piccolo bacino dipende essenzialmente dalle malattie degli organi stessi: può aversi anche come sintomo parziale di una peritonite generale, che può originare da altre cause, ma nel maggior numero dei casi la lesione primaria ha sede negli organi genitali.

È un processo che per lo più trova la sua origine nel parto e nel puerperio; specialmente le forme settiche puerperali danno spesso luogo a tali peritoniti circoscritte. Un'origine poi non affatto rara e piena di pericoli si ha nello sviluppo estrauterino dell' uovo, in tutte le sue varietà. Mentre da una parte la perimetrite figura abitualmente nell'eziologia della gravidanza estrauterina, le traccie che ne sono rimaste riacutizzandosi costituiscono poi una delle più gravi complicazioni della gravidanza stessa.

Astraendo da questa forma legata al concepimento, possiamo vedere le malattie del peritoneo pelvico associarsi alle endometriti e metriti acute e croniche, tanto più a quelle forme che nel loro stadio acuto e cronico sono proclivi a diffondersi agli organi vicini. Queste possono essere semplici forme catarrali, perciò reputate non infettive; non di rado hanno punto di partenza in un trauma, sia per masturbazione, sia per operazioni ginecologiche. Una causa non rara è pure l' infezione blenorragica (1).

Tutti quegli stati morbosi che hanno per conseguenza un notevole aumento di volume dell'organo affetto, esercitano una intensa azione irritante sul peritoneo, e perciò nello sviluppo dei tumori uterini ed ovarici vediamo nei loro punti di contatto col peritoneo formarsi dei focolai di infiammazione, senza che il processo morboso si sia direttamente fatto strada dall'organo al suo rivestimento sieroso. Così è assai frequente trovare il peritoneo in uno stato di irritazione cronica, prima che vi si sia determinata una infiltrazione carcinomatosa ed una infezione.

---

(1) Nöggerath, l. c. — Bumm, Der Mikroorganismus der gonorrh. Schleimhauterkr. 1885.

Molti accennano agli spostamenti uterini come ad una delle cause di perimetrite. Volendo ammettere che basti lo spostamento per provocare una perimetrite, non saprei spiegarmi come mai siano tanto frequenti gli spostamenti non accompagnati affatto da perimetrite. Io sono piuttosto del parere che si tratti di complicanze accidentali, che nei rapporti fra perimetrite e spostamenti uterini assumono l'importanza di complicazioni essenziali.

Dalle mie osservazioni risulta tanto grave questa complicazione, che nel maggior numero dei casi mi trovo costretto a designare come il fatto meno importante lo spostamento in sè, assegnando il posto più importante alla perimetrite. In tutte le malattie ginecologiche, quando esiste la perimetrite, questa costituisce quasi sempre l'affezione più grave e più pericolosa, non solo perchè fornisce il pericolo di ulteriori diffusioni peritoneali, ma perchè anche dopo guarita — e pur troppo in non pochi casi la guarigione non si ottiene che incompleta — conserva una spiccatissima tendenza alle recidive.

Vi si aggiunga il pernicioso effetto di queste peritoniti circoscritte sugli organi pelvici e sulle loro funzioni, effetto che si risolve nel limitare grandemente la terapia di ogni altra malattia eventuale, inquantochè, anche senza un diretto trasporto di germi morbigeni sul peritoneo, basta spesso la più insignificante manovra terapeutica per far ammalare nel grado più intenso un peritoneo pelvico sano, e tanto più per ridèstare un processo di cui non restano in apparenza che minime traccie (1). — Di quella forma di perimetrite che viene in scena per malattie di altri organi, specialmente per tubercolosi, e della peritonite settica non intendo qui di occuparmi (2).

Anatomia patologica. — L'andamento del male nel peritoneo pelvico in sè non ha nulla di caratteristico. Lo si vede insorgere nelle forme più svariate, tanto acute che croniche. Può dar luogo a copioso essudato fibrinoso o purulento che riempie lo spazio del Douglas e si distende sul resto del bacino, che può incapsularsi in alto attraendo nelle aderenze le anse intestinali, oppure dopo un tempo più o meno lungo può subire il riassorbimento od evacuarsi all'esterno. In questa forma si presentano specialmente le malattie settiche o puerperali.

Assai più importanti per la pratica ginecologica sono quelle forme

---

(1) Per la dimostrazione sperimentale di questa osservazione clinica, vedi Grawitz, Charité-Annalen XI Jahrg, p. 770.

(2) Sono specialmente gli autori francesi che si sono occupati della parametrite; Grisolle, Arch. gén. de Medec., III sér,, 1839. — Nonat, Traité pratique des malad. de l' utérus-Parigi 1860. — Gallard. Gazette des Hôp. 1885; Annales de Gyn., 1874. — Bernuz e Goupil. Arch. génér., 1857, I, p. 235. — Aran, Leçons cliniques 1861, p. 633 — Tra gli altri autori cito il Duncan, A practic. treatise of perimetritis and parametritis 1868 — E. Martin, Neigung. Beugungen, ed. I, 1866. — Spiegelberg, Samml Klin. Vortr. 1871. — Heitzmann, die Entzündung des Beckenbauchfells beim Weibe, Wien 1883. — Freund, Gyn. Klinik in Strassburg 1885.

in cui non si elabora questo essudato, ma dalla imbibizione si passa alla formazione di coaliti ed aderenze fra il peritoneo ammalato e gli organi che gli capitano a contatto. Anche qui presto o tardi nel decorso del male si possono formare copiosi versamenti; questi trovano allora degli spazî più o meno incapsulati, li riempiono, li distendono, si prolungano in varie direzioni, senza però riuscire a farsi liberi nella cavità peritoneale. Anche qui possono aversi i processi regressivi, venirne il riassorbimento, l'inspessimento, una specie di formazione cicatriziale, in cui persistono però di solito le aderenze contratte.

In altri casi il raggrinzamento delle cicatrici determina negli organi profondi del bacino degli spostamenti, che ne disturbano durevolmente le funzioni. Nei movimenti inerenti a queste funzioni esiste uno stimolo continuo al recidivare dell'irritazione peritoneale, i cui prodotti sovrapponendosi vengono ad accrescere le modificazioni in questo segmento del peritoneo.

Nella pratica ginecologica ci imbattiamo assai di rado in forme acute recenti: in esse la perimetrite è per lo più l'ultimo anello di una catena di mali, che colla sua acutizzazione viene ad accelerare la catastrofe.

Assai più frequenti troviamo le forme croniche sotto l' aspetto di coaliti ed aderenze, che determinano negli organi pelvici gli spostamenti più varî, che sfuggono ad ogni descrizione, nonchè strozzamenti e ostacoli d'ogni sorta alle loro funzioni. Così vediamo assai di spesso l'utero fissato all'indietro, non solo per effetto di un copioso essudato deposto sul fondo dello spazio del Douglas, ma anche per retrazione dei legamenti uterosacrali (1), cioè di quelle duplicature del peritoneo che dalla parte alta del collo dell' utero vanno alla faccia anteriore del sacro, e che pel loro contenuto, del resto abbastanza incerto, di fibre muscolari vengono anche designati come muscoli retrattori dell'utero. Questi legamenti sembrano la sede prediletta di una retrazione cicatriziale nei processi perimetritici, e perciò anche molto tempo dopo estinto il processo si sentono persistere come cordoni tesi, rigidi, nettamente distinti dai tessuti vicini. Lo spostamento che per essi l'utero subisce sarà direttamente all'indietro o piuttosto verso un lato, secondochè la malattia fu bilaterale od unilaterale; pel solo effetto di questi legamenti può l'utero arrovesciarsi ad occupare lo spazio del Douglas.

In altri casi all'alterazione dei legamenti utero-sacrali si accoppia l'aderenza fra il rivestimento sieroso dell'utero e le pareti della tasca del Douglas o le anse intestinali, in forma di fasci ora sottili, ora robusti (fig. 200 e 201), oppure si forma un coalito solido in grande superficie (fig. 202). È raro che le lesioni si estendano alla porzione anteriore

(1) Vedi E. Martin, l. c.

del perimetrio, nel qual caso vi si determinano aderenze analoghe alle descritte.

Oltre ai mutamenti che si verificano in grembo al peritoneo, altri si ordiscono nell'utero stesso come conseguenza dello spostamento e della compressione cui esso soggiace, e sono in parte raggrinzamenti, in parte effetti della stasi sanguigna.

Nei processi perimetritici estesi si ha quasi sempre contemporaneo



Fig. 200 e 201. — Aderenze perimetritiche (dall'atlante di Winckel). *B* vescica, *V* vagina, *CD* tasca del Douglas, *R* retto, *oi* orif. interno, *oe* orif. esterno, *a* aderenze.

interessamento del legamento largo, d'onde essudazioni tanto sopra che sotto al peritoneo. Cospicue sono le alterazioni cui va soggetto il retto nelle sue funzioni, per causa del processo perimetritico. Il tubo intestinale viene come a trovarsi cementato in seno alla massa degli essudati, che o ne mantengono rigidamente beante il lume, o lo strozzano colle briglie cicatriziali, in modo che il canale si fa pervio solo quando un energico moto peristaltico vi caccia a forza la colonna fecale, o quando la sua resistenza è forzata da un contenuto liquido dell'intestino.

Tube ed ovaie soffrono pure ad alto grado per l'affezione del perimetrio. I residui degli essudati determinati dalla pelveoperitonite, sotto forma di cordoni o di briglie, o di strati deposti alla loro superficie, ostacolano nutrizione e funzione di quegli organi, ne determinano un'intimo coalito colle altre parti del pavimento pelvico, e li obbligano a se-

guirne le oscillazioni di volume e di sede. Ora si trovano attratti dall' essudato a formare dei voluminosi tumori cogli organi contigui, ora fissati in punti lontani del bacino, e sottratti perciò ai loro fisiologici rapporti colla cavità uterina.

In questi organi così spostati e compressi si ordiscono fenomeni di stasi, che portano tanto nelle tube, quanto nei follicoli di Graaf alla formazione di sacchi idropici, e che possono anche dar origine ad ovarite cronica ed a stravasi sanguigni nello stroma dell'ovaio. Sono appunto questi effetti della perimetrite che assumono dal punto di vista ginecologico la maggior importanza: possono ancora nell'ulteriore loro decorso andare spontaneamente incontro ad una specie di regressione, ma in altri casi si conservano in mezzo al processo di cicatrizzazione, e solo all' età critica vengono coinvolti nella regressione di tutti gli organi pelvici e subiscono allora un allentamento che può ridar loro un certo grado di libertà.



Fig. 202. — Aderenze perimetritiche fra l' utero e le pareti della tasca del Douglas (da Winckel).

I *sintomi* della perimetrite variano assai a seconda delle proporzioni dell'essudato, e a seconda delle forme acute o croniche. Mentre nella perimetrite acuta si ha la quasi fulminea insorgenza della sindrome fenomenologica, il brivido, la febbre elevata, la frequenza del polso, il ventre teso per inceppata attività intestinale e per sviluppo di gaz, la tendenza al vomito, il collasso, invece nel decorso cronico del male esso si mantiene non di rado quasi latente fin dai suoi inizii. Le pazienti accusano un malessere analogo a quello provato nelle epoche mestruali o nelle stentate defecazioni, o ai disturbi prodotti da un catarro uterino, dal quale sono per lo più già da tempo molestate. I dolori si fissano sempre più alla regione sacrale, si fanno più intensi ad ogni mestruazione, ad ogni defecazione, resa difficile dal torpore intestinale, e ad ogni coabitazione. Viene in

scena un incomodo tenesmo vescicale, e per l' effetto che queste alterazioni spiegano sull' organismo, effetto che si va mano mano aggravando, le pazienti vengono a cognizione dell'esistenza di grave malattia dell'apparato genitale.

Nel decorso della perimetrite e pelveoperitonite acuta tralascio di parlare della loro diffusione a tutto il peritoneo con sviluppo di peritonite generale: si tratta qui per lo più di infezioni settiche, sul cui riguardo nulla potrei aggiungere dal punto di vista ginecologico, che non sia già noto a sufficienza per quanto si apprende in ostetricia su tali forme puerperali.

In queste peritoniti settiche a rapida diffusione, che una volta seguivano tanto facilmente alle operazioni ginecologiche, e specialmente alle laparotomie, si ha assai presto l'aumento nella frequenza del polso, un andamento assai poco costante della temperatura, ed entro pochi giorni la morte. I sintomi che si vogliono attribuire a questa gravissima forma di peritonite settica, e specialmente il vomito bilioso, io non li ho osservati in modo costante. Il sintomo che più mi colpì per il suo frequente ripresentarsi nei tipi più diversi di questo decorso è il contegno del polso. Mentre la temperatura talvolta non oltrepassa i 38°, e può anzi essere subnormale, è un sintomo costante e assai precoce della peritonite settica la frequenza del polso: questo si fa piccolo, irregolare e straordinariamente frequente.

In queste forme di peritonite e di perimetrite acuta manca di rado una molestissima paresi intestinale. Vi sono bensì dei casi accompagnati da diarrea, ma nel maggior numero fin dal principio si manifesta un torpore dell'intestino, contro cui non valgono tutti i mezzi usati per promuovere le defecazioni. Alcune si lamentano inoltre di vivi dolori, di sete ardente, di insonnia, altre godono invece di una apparente euforia, che assieme alla poca elevazione termica lascia il campo a dannose illusioni.

Le forme meno acute, che però hanno un principio abbastanza nettamente delimitato, iniziano con movimento febbrile e con vivi dolori, Il rialzo della temperatura non è sempre eguale per grado: talvolta la temperatura fin dal principio non raggiunge che i 38,5, per restare per un po' di giorni a questa altezza. Piuttosto vedonsi accentuati i dolori. Si tratta in ispecie di dolori tormentosi al sacro, che rendono penoso ogni movimento, che si rinnovano ad ogni moto peristaltico, e che si esacerbano ad un grado spasmodico, particolarmente per l'influenza della mestruazione e della ovulazione, pel contatto colle coperte, per l'introduzione delle cannule vaginali. Tali pazienti vanno incontro a rapido deperimento, si sentono spossate al più alto grado, soffrono per insonnia ed inappetenza, pel meteorismo: talvolta vi si associa un tenesmo vescicale persistente, ad onta della frequenza del mitto.

Il quadro della perimetrite acuta è dominato dalla straordinaria sensibilità dell'addome, dal meteorismo, dalla forte tensione delle pareti addominali, che non concedono una palpazione minuziosa delle condizioni del bacino. Dalla vagina si sente l'utero fissato da una massa spesso rigida, che si spinge dietro l'utero e deprime i fornici. In altri casi non è così immediato il mutamento nei risultati dell'esame obbiettivo, e solo in 2.ª o 3.ª giornata della malattia si avverte il versamento nello spazio del Douglas, pel quale l'utero viene fortemente dislocato all'avanti, e che è causa di dolori vivissimi nell'atto della esplorazione. La consistenza di questo versamento è non di rado elastica fin dal principio, solo nell'essudato non incapsulato vi ha notevole mollezza, salvo ad aumentare di consistenza quando comincia ad inspessirsi. Le masse di essudato si trovano sempre dietro all'utero; talvolta tutto il contorno dei fornici presenta una specie di imbibizione edematosa. Quasi sempre si avverte spiccata pulsazione nei fornici e squisitissima sensibilità.

Nella perimetrite a decorso lento di solito si incontra a tutta prima una sensibilità mediocre delle pareti addominali, cui fa riscontro il dolore vivo nei fornici, esacerbato da ogni più lieve tentativo per rimuovere l'utero dalla sua posizione. Frequentemente si riscontra pure inspessito assai il fornice posteriore, che già in questo momento può trovarsi depresso e attraverso al quale si può distinguere come un'intreccio di briglie e cordoni, dolenti in modo straordinario per ogni menomo contatto. In altri casi invece il fornice posteriore si direbbe quasi sollevato ed il dito arriva a stento al fondo cieco della vagina, là ove questa si riflette posteriormente sul collo. L'utero è stirato e fissato a ridosso dell'arco pelvico posteriore, sicchè il suo istmo sembra quasi accollato al sacro. La estensione della superficie che il dito esploratore deve percorrere lungo l'utero per arrivare al punto di fissazione non di rado alla semplice esplorazione vaginale fa credere ad una retroflessione, sembrando di sentire il corpo attraverso al fornice posteriore: un'attenta esplorazione combinata fa comprendere che in questi casi non si tratta nemmeno di uno spiccato allungamento del collo, ma che l'illusione è piuttosto procurata dall'essere l'utero fissato profondamente nello scavo. Per lo più l'utero è stirato verso la parete anteriore del sacro, ed il punto di fissazione, difficile a palparsi dall'alto, è assai dolente, il delimitarlo esattamente è di un'estrema difficoltà, in vista della sensibilità delle pazienti. L'infiltrazione, che dal punto di fissazione si diffonde nelle vicinanze, assume appunto l'aspetto di quelle briglie e cordoni dolentissimi alla più lieve pressione. In altri casi l'utero sembra fissato e come sospeso ad uno o a tutti e due i legamenti uterosacrali, che, tesi come corde da violino, lo attraggono o sulla linea mediana o lateralmente all'indietro.

Passato lo stadio acuto, e iniziata la lenta regressione delle lesioni peritoneali, le cose possono decorrere in modo assai vario. Se si ebbe

formazione di cospicui essudati, questi possono durare immutati per mesi e mesi, e atteggiarsi a voluminosi tumori retrouterini che immobilizzano completamente l'utero e occupano tutto lo scavo nella sua metà posteriore. Ad essi si sente fissato l'utero; sui loro confini si possono distinguere gli annessi, che però più spesso, già da tempo coinvolti nell'essudato, non si possono più isolare. Lo spazio del Douglas attraverso al fornice posteriore si sente come occupato da una massa elastica, che figura come l'estremo più largo di un ovoide palpabile dai fornici.

Questa massa conserva sempre un certo grado di sensibilità tanto all'esplorazione vaginale, che alla rettale. Il lume dell'intestino ne viene parecchie volte reso angusto o spostato ai lati, oppure, circondato da tutte le parti da essudati che ne fissano le pareti, figura come un foro beante, scavato attraverso a queste masse. L'intestino e il fornice possono presentare una speciale pastosità edematosa. Se progredisce la regressione, la tumefazione si va sempre più rimpicciolendo sul fondo dello spazio del Douglas. Fino a riassorbimento completo, l'utero resta spostato in vicinanza sempre più accentuata al sacro o verso un lato. Poi nel decorso del processo regressivo, vengono ad emergere tube ed ovaie alterate nella loro nutrizione e molte volte tumefatte, mentre il fornice rimane fino all'ultimo occupato dai reliquati, inspessito, e sempre sensibile. Se l'essudato si evacua all'esterno, la massa si raggrinza con notevole rapidità, riducendosi considerevolmente di volume; ma resti flogistici rimangono a lungo, anche in questo caso, percepibili attraverso al fornice nel modo già indicato, e spiegano anche qui lo stesso effetto sugli organi vicini.

A riassorbimento compiuto, l'utero può riacquistare la sua mobilità gli annessi, liberi dalla pressione dell'essudato, ponno tornare in condizioni normali, e i rapporti degli organi pelvici ripristinarsi perfettamente, in modo che la guarigione può dirsi avvenuta; ma resta, almeno io l'ho osservata, per molto tempo una grande tendenza alle recidive, e solo adottando le più grandi precauzioni queste donne possono, dopo un periodo di 4 a 5 anni, dirsi durevolmente guarite. Questo esito felice mi pare per le mie osservazioni più frequente appunto nei casi di essudato copioso.

Nei casi di essudazione meno abbondante, e specialmente nelle forme ad insorgenza cronica, le cose sono un po' più complicate. A tutta prima accade non di rado che il male sembri estinto, e si ha un'apparente guarigione; ma troppo spesso si vede che la cura non ha fatto altro che attutire la sensibilità e ridare agli organi un certo grado di mobilità, mentre persistono gli essudati peritoneali e gli sconcerti funzionali. Spicca particolarmente in questi casi la permanente trasposizione dell'utero, e questo non soltanto nei casi di affezione profonda e di adesione estesa, che saldi ad es. tutta la faccia posteriore dell'utero col fondo o colle pareti dello spazio del Douglas.

Bastano le pseudomembrane avvolgenti l'ovaio o le aderenze nastriformi del tubo intestinale, o la sua compressione per retrazione cicatriziale dei legamenti utero-sacrali, a rendere il male resistente a tutti i medicamenti ed i sussidi terapeutici usati per lungo tempo.

L' utero e gli annessi, attratti in queste aderenze patologiche, si atrofizzano, il che può concedere transitoriamente alle pazienti una euforia relativa. Le parti possono diventare insensibili al contatto o ristabilirsi un funzionamento regolare, per quanto riguarda mestruazione ed emissione delle feci e delle urine. Ma basta il più lieve malessere, un semplice raffreddamento, per far tornare in scena tutto il corteo dei sintomi e dar luogo ad una recidiva, che rigetta le pazienti per settimane e per mesi in preda ai loro antichi disturbi, per ricuperare poi ancora una guarigione imperfetta.

Frequente, anzi costante conseguenza di queste retrazioni, è l' interessamento della mucosa uterina; ne derivano fastidiosissime coliche mestruali, menorragie e di solito una secrezione copiosa che disturba profondamente le pazienti (1).

Fra le molestie che si concatenano a questa malattia voglio accennare a quelle particolari modificazioni, che in casi di perimetrite cronica si ordiscono in organi lontani, e specialmente ai disturbi visivi che appunto accompagnano le essudazioni ed alterazioni del perimetrio di data antica. Consistono in una accentuata iperestesia retinica che si palesa in un indebolimento della facoltà visiva, alla luce artificiale specialmente, ma anche nella lettura e nei lavori alla luce chiara del giorno (2).

Le perimetriti croniche nel loro decorso insidioso conducono per lo più alla sterilità. La possibilità della coabitazione, si capisce ne debba venire non poco influenzata. Poi bisogna riflettere che le retrazioni, gli essudati che talvolta involgono le ovaie, le modificazioni nel decorso della tuba possono rendere assai difficile se non impossibile il contatto fra sperma ed ovulo. Non è poi raro il vedere con questa affezione cronica una esagerata tendenza al coito, che contrasta col fatto assai più frequente di una spiccata ripugnanza. Più volte ho sentito narrare dalle pazienti stesse che, per quanta fosse la sensibilità delle parti al dito esploratore, nulla di analogo provano durante l'orgasmo sessuale, di cui solo nei giorni successivi dovevano scontare le conseguenze. Certo in queste forme di perimetrite, finchè l'ovaio non è degenerato e le tube non sono occluse, o finchè per influenza della parametrite non si determini nella cavità uterina una secreziono tendente a rapida decomposizione, può ancora avverarsi il concepimento. Verificatasi una gravi-

---

(1) Czempin, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. XII.
(2) Mooren l. c.

danza, si vede talvolta ottenersi la guarigione per il rilasciamento e l'imbibizione cui la gravidanza dà luogo in tutta la sfera genitale. Le membrane perimetritiche, i residui di essudato, le briglie possono risolversi, e se non agisce qualche altra irritazione in puerperio, la gravidanza può davvero esser seguita da una completa guarigione.

Ma di fronte a questo esito felice, si vede non di rado interrompersi prematuramente la gravidanza, essendochè la persistenza delle aderenze patologiche impedisce all'utero di distendersi e di risalire dal piccolo bacino. Qui non è solo alla perimetrite cronica che tocca la colpa dell'aborto, ma anche alle malattie del parenchima e della mucosa uterina, tanto frequenti in queste perimetriti, e fors' anco anteriori ad esse. Non sempre le aderenze, anche in apparenza le più resistenti, determinano l'interruzione abortiva della gravidanza, dato pure che l'utero non possa svilupparsi fuori dello scavo; appunto in questi casi si deve ammettere la possibilità di uno sviluppo sacciforme di quella porzione della parete uterina che guarda liberamente in alto. Nel diverticolo così formato passa e si sviluppa il frutto del concepimento, mentre la parete posteriore dell'utero resta fissata in retroflessione nello scavo.

Rapporti affatto analoghi possono aversi nei prolassi, quando la procidenza sia mantenuta da una fissazione dell' utero per processo di perimetrite. Si sa che venne fatta la proposta, nei casi di prolasso accentuato, di ottenere la fissazione del corpo dell' utero nel bacino, provocando una perimetrite e riparare così al prolasso. Le aderenze che mantengono fisso un prolasso possono allentarsi pel fatto della gravidanza, e coll'elevarsi dell'utero può scomparire ogni traccia di perimetrite. Se queste aderenze non cedono, e la fissazione persiste immutata, avviene l'incarceramento che, come nella retroflessione irriducibile dell' utero gravido, può dar luogo prima ad aborto, ma in seguito anche alla morte per gangrena dell'utero e per peritonite acutissima.

In riguardo alla diagnosi differenziale, accennerò soltanto che può riuscir difficile il distinguere l'essudato da uno stravaso sanguigno, tanto più che, come è noto, lo stravaso di sangue non di rado origina da una pregressa perimetrite per rottura di qualche delicata aderenza.

Solo una puntura potrebbe in questi casi autorizzare un giudizio, quando in uno di questi casi difficili si avesse un reale interesse a stabilire, se il versamento è dovuto ad un essudato o ad uno stravaso. Gli ascessi perimetritici talvolta si fanno strada all'esterno, anche dopo essere rimasti a lungo inalterati, come se si trattasse di un essudato sieroso. Gli stravasi sanguigni è relativamente raro che si evacuino spontaneamente; per lo più vanno incontro a rapido inspessimento e vengono riassorbiti, nè sempre danno luogo a quel senso e rumore di scroscio, che si vorrebbero caratteristici degli stravasi di sangue. La distinzione fra i versamenti extra od intraperitoneali viene di solito

facilitata assai dalla sede stessa: gli essudati parametritici, e gli ematomi extraperitoneali si trovano di preferenza ai lati dell'utero, e si estendono verso le ossa iliache, deprimono i fornici laterali e ingrossano in apparenza i bordi dell'utero, col quale però vengono in apparente contatto soltanto se per la loro massa si spingono dalla parete pelvica fino all'utero. Gli essudati perimetritici si trovano quasi sempre dietro l'utero, assai raramente davanti. Possono aver sede tanto elevata nel bacino, da non essere che difficilmente accessibili attraverso ai fornici; abitualmente però deprimono il fornice posteriore ed il fondo dello spazio del Douglas, assumendo la forma dell' estremità larga di un uovo, se non sono fatti irregolari e bernoccoluti alla superficie dalla presenza di membrane stratificate.

La *prognosi* della perimetrite dovrà sempre essere riservata. Se anche di solito è escluso il pericolo di una diffusione acuta a tutto il peritoneo, però gli esiti della perimetrite, gli spostamenti degli organi pelvici e le offese che questi subiscono sono non di rado la sorgente di sofferenze gravi ed ostinate. Anche gli essudati incapsulati, sebbene di solito decorrano favorevolmente, si dovranno ritenere come un male molto serio, perchè può sempre avvenirne la perforazione nella cavità peritoneale, e perchè, se anche si evacuano dal retto, o per altra via, possono sempre dare origine ad un pericoloso processo di decomposizione.

La cura della forma acuta sarà puramente antiflogistica: vescica di ghiaccio, riposo, promuovere scariche alvine abbondanti e liquide, eventualmente praticare sottrazioni sanguigne al ventre. Superato lo stadio acuto, bisognerà promuovere i processi regressivi, curando sempre il riposo nel decubito dorsale e le abbondanti evacuazioni. Per favorire il riassorbimento, appena calmati i sintomi acuti, ricorro ad irrigazioni vaginali calde a 40° R., sostituisco con epitemi caldo-umidi la vescica di ghiaccio, per poi passare all'uso dei preparati iodici, dell' iodoformio e dei semicupi, quando sia cessata la febbre, attutita la sensibilità ed iniziato il periodo regressivo. Con ottimo risultato si associerà a questi mezzi l' applicazione di cataplasmi di muffe sul ventre, od anche di bagni interi e coll' uso di preparati solfoiodici. Anche gli essudati più abbondanti possono così venir riassorbiti in un tempo relativamente breve sotto questa cura e con un'opportuna dieta ricostituente.

Solo in via eccezionale occorre evacuare queste raccolte quando il contenuto cade in decomposizione ed i prodotti della decomposizione sono causa di febbri ostinate e di nuovi sintomi tumultuosi. Di solito si potrà aprire l'ascesso dal fornice. Prima di aprire la cavità dell'ascesso io trovo opportuno di incidere la parete vaginale convenientemente messa allo scoperto, e di suturare i tessuti tutto all' intorno dell' incisione praticata.

Svuotata per quanto è possibile la cavità, la lavo con soluzione allungata di acido fenico o di sublimato corrosivo, e vi colloco un grosso tubo di drenaggio a T.

Per lo più la cavità si riduce considerevolmente per la pressione esercitata dagli organi vicini, e in poche settimane se ne ottiene la guarigione. È raro che occorra rinnovarvi le lavature. Anzi finora, osservate le regole di disinfezione, ho trovato necessarie queste lavature solo quando per l'antica data dell'essudato le pareti erano in via di disfacimento e dovevano perciò sfogliarsi prima di arrivare ad una guarigione completa. Se l'ascesso è meno accessibile dalla vagina che dall'alto, si prescegliera questa via, però io credo che appunto tali ascessi che, essendo più accessibili dall'alto, là vengono spaccati, arrivino meglio a guarigione se si pratica una contro apertura in vagina, per ovviare alla stagnazione dei secreti nella parte profonda della cavità. Le più gravi complicazioni, l'apertura verso la vescica, verso l'utero, verso la vagina con formazione di seni fistolosi dovranno trattarsi secondo le indicazioni del caso speciale.

Nella cura delle forme croniche si tratta anzitutto di concedere alle parti il massimo riposo. Si cercherà di procurare facili defecazioni liquide, si consiglierà di mettersi di frequente a giacere, il cauto moto all'aria aperta, meglio se a piedi, l'assoluta astensione dai rapporti sessuali. Si eviterà rigorosamente ogni manipolazione medica: le esplorazioni profonde, le sottrazioni sanguigne, le cure con sonde o pessarì sono direttamente controindicate e proibite. Finchè sono ancora vivi i dolori, le pazienti dovranno di giorno in giorno stare sdraiate per qualche ora con epitemi freddi o tiepidi od anche caldi sul ventre, pigliare regolarmente qualche purgativo, e fare cautissime lavature vaginali con acqua tiepida o con decozioni mucilaginose, con aggiunta di morfina o di infuso di cicuta (25: 170 e 30 di acqua di lauro ceraso — 3 cucchiai per litro), sotto debolissima pressione, eventualmente si aggiungeranno suppposte con morfina, estratto di belladonna, cocaina e simili. Dopo alcuni giorni si intraprendono semicupi a 26° R. o con temperatura un po' più fresca ed irrigazioni vaginali calde a 40° R. Cessati i dolori, è il momento opportuno per ricorrere agli indicati mezzi risolventi.

Fra gli espedienti che si possono adottare nelle forme croniche di perimetrite con scarso essudato raccomanderò, oltre ai già indicati, le irrigazioni rettali alla Hegar (1), le quali aumentando sempre più la quantità del liquido, abbassandone la temperatura e prolungandone la durata, esercitano dall'intestino un'influenza assai benefica di distendimento sulle aderenze organizzate e contribuiscono efficacemente a ridare

(1) Hegar. Deutsche Klinik (Göschen), 1873, n. 8, Berliner klin. Wochenschrift 1874, n. 6 e 7.

mobilità agli organi del bacino. Le osservazioni sì spesso ripetute di esacerbazione dei dolori e di ricadute del processo perimetritico nel tempo della mestruazione hanno fatto nascere il pensiero di togliere questa causa alle recidive, anticipando la menopausa. Sono specialmente alcuni autori inglesi ed americani che hanno attuato la castrazione per questa indicazione, e con buon esito, a quanto si rileva dalle casistiche. In Germania questo modo di procedere finora ha incontrato pochissimo favore (1). Il mio parere in questa questione è che fino ad ora non ho mai trovato necessario di esportare delle ovaie per sè sane, per guarire una perimetrite. Ma stando alle mie osservazioni, non di rado in tali casi colla perimetrite coincide anche una malattia delle ovaie. Tanto le ovaie che le tube soffrono sotto l'influenza della perimetrite: si ha stasi per la difficoltata deiscenza del follicolo, occlusione delle tube, distensione dei segmenti strozzati, sia che il processo originariamente abbia avuto il suo punto di partenza nel perimetrio, oppure nelle tube o nelle ovaie. In questi casi io trovai le tube e le ovaie coinvolte in masse e pseudomembrane di origine perimetritica, e dalla perimetrite ostacolate nelle loro funzioni, e quindi malate. Allora la mia operazione non prende di mira la sola perimetrite, ma assieme anche l'ovarite cronica e la salpingite: i residui di essudato e le membrane avvolgevano in massa tutti questi organi, conglutinandoli in un solo tumore grosso quanto e più di un pugno.

Di tali casi ne ho già operati finora venticinque per ovarite cronica, e settantasette per malattia delle tube, esportando assieme ovaie, tube ed essudato perimetritico, ed ottenendo così la guarigione. Svanirono i dolori continui colle loro esacerbazioni mestruali e dopo la lunga malattia le pazienti, stando alle più recenti notizie, sono quasi tutte guarite, e la perimetrite si è ad ogni modo risolta. Certo vi furono anche molte recidive che reclamarono un certo tempo per la loro guarigione.

Merita una certa attenzione il fatto che, col perfezionamento della tecnica operativa, si è raggiunto un tal grado di sicurezza nell'esecuzione delle ovariotomie e delle laparotomie, che ormai queste operazioni si possono eseguire appunto nei casi, ove una volta si sarebbe trovata la più stretta controindicazione, come in queste pelviperitoniti. Naturalmente mi risolvo all'operazione solo quando, sotto una cura continuata a lungo, non si è risolta la perimetrite, e quando un attento e ripetuto esame mi ha persuaso dell'alterazione nelle ovaie e nelle tube. Per questi casi la condotta terapeutica è ancora quella che già fu tratteggiata: prima di decidermi all'operazione ho sempre tentato le sottrazioni sanguigne, il ghiaccio sul ventre, il riposo delle parti, i narcotici, le irrigazioni calde, i cataplasmi e bagni di muffe, l'iodio, le frizioni di unguento mercuriale.

(1) J. Veit, Ueber Perimetritis, Conferenze Volkmann, n. 255, 1885.

2. Ematocele intraperitoneale.

I versamenti sanguigni liberi nel cavo peritoneale si battezzano per ematocele solo quando formano una massa incapsulata davanti o dietro l'utero. Questi ematoceli non si riscontrano quasi mai in donne perfettamente sane. Tutte le donne che ne sono colpite avevano sofferto di disturbi mestruali, la maggior parte hanno partorito ed hanno anche avuto un puerperio morboso per lesioni all'utero od agli annessi. Se questa è una condizione per l'insorgenza di un ematocele, bisogna però ammettere che intervenga una causa occasionale, perchè nel gran numero di donne che ebbero puerperii morbosi, è scarsissimo il numero di quelle che vennero colpite da ematocele intraperitoneale. Il calcolo della frequenza del male è anche reso difficile, pel fatto che molte di queste pazienti si presentano all'osservazione medica molto tardi, o non si presentano affatto. Perciò le cifre addotte dai diversi autori sono tanto disparate, che non è possibile desumere una cifra media dai casi raccolti nella letteratura (1).

Le emorragie possono derivare dalla lacerazione di aderenze peritoneali che preesistono abitualmente allo sviluppo dell'ematocele, sia per una pregressa pelveoperitonite sierosa, sia per un processo analogo alla pachimeningite emorragica (2), in cui una violenta dislocazione dell'utero nelle coabitazioni impetuose, o una tumultuosa azione degli intestini, o una manovra per la diagnosi o per la terapia ginecologica danno luogo alla lacerazione vasale. Un' altra sorgente dell' emorragia può trovarsi nelle tube o nelle ovaie. Al processo mestruale ed alla deiscenza del follicolo si associa non di rado una lacerazione superficiale, che dà luogo a versamento di sangue alla superficie dell' ovaio, e di lì nello spazio del Douglas. Di solito però le ovaie sono coinvolte nella perimetrite che io ho indicato quale l'origine principale dell'affezione, ed allora l'emorragia alla superficie dell'ovaio non rappresenta che una parte del sangue stravasato. Le emorragie dalla tuba possono analogamente aversi nelle malattie della tuba stessa, nello stesso modo che vediamo delle emorragie dalle mucose infiammate, e nel maggior numero di casi di perimetrite le tube non sono intatte. Una origine frequentissima dell'ematocele intraperitoneale è data dalle malattie delle tube, e dalla gravidanza estrauterina (3) tubarica ed addominale.

Anatomia patologica. — Nell'ematocele si riconosce sempre un tumore sanguigno più o meno esteso poggiante sul pavimento pelvico. Nel massimo numero dei casi la massa sanguigna è situata dietro l' utero

---

(1) Vedi per la letteratura il trattato di Schröder a pag. 468.

(2) Virchow, Die krankafte Geschwülste 1863, vol. I, p. 150.

(3) Schröder, Kritische Untersuchungen über die Diagnose der Hematocele retrout. etc Bonn. 1886. — Berlin, klin. Wochenschrift 1886, n. 4 e segg.

nello spazio del Douglas: solo eccezionalmente la si riscontra nello sfondato vescico-uterino. Lo spazio del Douglas si trova tappezzato da pseudomembrane che rivestono il perimetrio e le pareti laterali e posteriore del cavo, e che lo chiudono anche verso l'alto, essendovi dei depositi flogistici accumulati sulle anse intestinali che prospettano verso lo spazio stesso. Questo può così ridursi ad uno spazio completamente incapsulato, attraversato da briglie e cordoni, e ripieno di sangue. Il sangue talvolta rimane libero a lungo: in altri casi coagula parzialmente: in altri ancora lo si trova misto a liquido sieroso ed a pus. Se l'incapsulamento esistesse prima dell'avverarsi dell'emorragia, o se si è formato in seguito, non è sempre facile dirlo nei casi singoli: la possibilità di uno stravaso nello spazio non ancora chiuso è indiscutibile. Il sangue versato al di fuori del piccolo bacino potrà dar luogo ad un ematocele solo quando, durando a lungo la perdita o ripetendosi di frequente, si riversi il sangue e si accumuli ad un punto più declive dello spazio del Douglas. Occupato lo spazio del Douglas, entrano naturalmente in scena i rapporti di capacità di questo spazio e il vario grado di ripienezza della vescica e del retto. Il sangue fluido, al pari dell'essudato libero, può essere cacciato fuori dalla tasca del Douglas per l'azione delle anse intestinali e della distensione della vescica e del retto. Solo quando il sangue versato si coagula, ed ha tempo di ispessirsi, si potrà avere la formazione di un tumore sanguigno nello spazio del Douglas, di un ematocele; specialmente se l'emorragia si avvera a intervalli, si determina una tensione elastica nella sacca già delimitata dalle membrane incapsulanti che occupa il bacino, e per questa tensione viene cacciato in avanti l' utero e compresso il retto. Solo per queste emorragie secondarie si spiega come la massa di sangue possa svilupparsi a formare un tumore che sorpassa il livello del fondo dell' utero. Perciò nell' ematocele si incontreranno per lo più stratificazioni e membrane assai sviluppate sul peritoneo che è in contatto colla raccolta sanguigna, inspessimenti della sierosa, coaliti ed aderenze, che vanno modificandosi col progredire del riassorbimento o collo svuotamento del tumore.

I sintomi di solito si fanno subito palesi al primo inizio del male. A seconda della causa, si può attribuire il punto di partenza del male ad un dato sforzo o ad uno spostamento violento degli organi del bacino. Non sempre riesce manifesto il gruppo di sintomi caratteristico del male, perchè per lo più le pazienti sono già da tempo malaticcie, afflitte dai più svariati disturbi, tormentate specialmente dalla perimetrite, e già in precedenza più d'una volta si verificarono sconcerti molto analoghi a quelli dello stravaso sanguigno, senza che però siasi avverata una lacerazione vasale ed una raccolta apprezzabile di sangue. Non è neppur raro che siano per molto tempo preceduti dei disturbi dismenorroici. La ripetuta mancanza della mestruazione prima della comparsa

dell' ematocele da grande verosomiglianza all' opinione di Schröder, svolta poi ampiamente da Veit (1), che si tratti cioè in questi casi della rottura del sacco di una gravidanza tubarica. Lo sviluppo dell'ematocele è solitamente accompagnato da vivi dolori peritoneali, che però talvolta possono anche restare assai limitati. Con questi dolori, a cui si associano meteorismo e urti di vomito come indizio dell'irritazione peritoneale, vengono in scena i sintomi proprii dello stravaso sanguigno, assai varî del resto nella loro intensità.

Di fronte a casi in cui si ha immediato profondo collasso con tutti i segni dell' anemia acuta, altri ve ne sono nei quali per la lenta formazione dello stravaso l' anemia non si rende manifesta che gradatamente. Si trova allora pallore sempre più marcato della cute e delle mucose visibili, piccolezza e frequenza del polso, cardiopalmo, angoscia precordiale, ronzìo alle orecchie, deliquii, urti di vomito, sete viva, annebbiamento della vista. Questi sintomi hanno insorgenza brusca o graduata, a seconda del modo di origine dell' ematocele. Se l' emorragia è considerevole, e le membrane incapsulanti permettono l' accumulo di grandi quantità di sangue nel bacino in modo da formare un tumore, sono ben presto evidenti i fenomeni di compressione sugli organi pelvici vicini.

Premito e tenesmo rettale e vescicale, sensazione di un corpo che faccia procidenza, senso di ripienezza e di grave malessere, sono tutti sintomi che vengono presto in scena. Se ai segni dello stravaso e del suo atteggiarsi a tumore si associano i sintomi dell' interessamento del peritoneo, ne emerge il quadro del più grave collasso, quale non di rado lo incontriamo in questi casi. Troviamo le pazienti colle estremità gelide, con un pallore cadaverico, in uno stato di ansiosa irrequietudine, smaniose pel bisogno di aria e per la sete ardentissima, con urti di vomiti e con incessanti premiti al basso ventre. Non sempre si ha distensione meteoritica del ventre, che talvolta sembra pochissimo teso: assai varia è anche la sensibilità al contatto delle pareti: basta talvolta il più lieve tocco per destare atroci dolori, mentre ho visto altre donne, forse inerti per l'anemia, non reagire quasi affatto alla palpazione. È eccezionale un rialzo pronunciato di temperatura fin dai primi momenti, rialzo che contrasta in questi casi col freddo alle estremità.

All'esplorazione vaginale si trova l'utero spostato all'avanti da un tumore elastico, che fa sporgere fortemente in basso lo spazio del Douglas: in altri casi l'utero, ricacciato in alto, è assai difficilmente accessibile dietro la sinfisi. Il tumore da principio pare in intima connessione coll'utero: l'esagerata sensibilità dell'addome, la gravezza delle condizioni generali, e il dolore provocato dal diretto contatto col tumore vietano

(1) Deutsche Zeitschr. f. prakt. Med. 1877, n. 34.

in questi primi stadî di attuare un esame abbastanza dettagliato, come accade talvolta di poter fare. Anche il retto si trova compresso e il suo lume occluso per la presenza del tumore: questo, deprimendo la parete anteriore del retto, si caccia fino al sacro, lasciando solo lateralmente una sottile fessura. Nei casi recenti per lo più il tumore è elastico. È difficile poter constatare una fluttuazione distinta: più spesso si avverte il noto scroscio come di neve compressa. Il tumore si fa a poco a poco duro, e alla sua superficie si sentono talvolta isolarsi dei bernoccoli, mentre in altri casi la massa si mantiene perfettamente liscia. Non sempre la consistenza si cambia uniformemente: talora si trovano qua e là dei punti di rammollimento, che possono anche indicare l'avvenuta fusione.

Riguardo alla diagnosi differenziale delle emorragie intraperitoneali in confronto colle estraperitoneali mi sono già spiegato al capitolo sull'ematoma estraperitoneale. Qualche maggior difficoltà si può trovare nella diagnosi differenziale fra ematocele e versamenti pelvici d'altra natura, prodotti da un processo di perimetrite, come gli essudati sierosi e purulenti. Tale diagnosi differenziale è resa ancor più difficile della circostanza, che negli ematoceli di data antica si verificano spesso cambiamenti intimi nella struttura del sangue, che si avvicinano assai alle accennate condizioni patologiche. Per decomposizione del sangue e precipitazione della parte solida può residuare un liquido quasi sieroso, mentre d'altra parte i postumi infiammatorî possono determinare decomposizione del sangue e suppurazione. In questi casi il modo con cui iniziò la malattia ci servirà di guida. Se la donna ebbe prima sospensione mestruale per uno o più periodi, cui seguì l'improvvisa insorgenza del male, si avrà diritto di ritenere il tumore per un ematocele, e precisamente dovuto alla rottura del sacco di una gravidanza tubarica. Così pure nei casi di pregresse affezioni del peritoneo pelvico, la insorgenza brusca ed afebbrile deporrà chiaramente per un ematocele. Certo che anche nell'ematocele si può avere un certo movimento febbrile, senza che sia avvenuta decomposizione del sangue: la temperatura si rialza, si accentua la sensibilità dell'addome, ed insorge meteorismo come nella peritonite. In questi casi, probabilmente dalle tube assieme col sangue si è riversato nel cavo peritoneale un agente pirogeno, d'onde il rialzo di temperatura. Non per questo si deve dedurne che abbia a seguire inevitabilmente la suppurazione dell'ematocele. La febbre a poco a poco cessa, e in grembo all'ematocele si inizia il tipico processo di riassorbimento.

Un andamento molto insidioso, con graduale sviluppo ed esagerata sensibilità della massa situata nello spazio del Douglas, non depone di solito per un ematocele, ma per un versamento da processo flogistico. Specialmente in casi di data un po' remota, in cui non si potè osservare nè constatare coll'anamnesi l'insorgenza acuta del male, la raccolta sangui-

gna potrebbe dar luogo ad uno scambio con tumori o con emorragie d'altri organi, principalmente delle ovaie e delle tube. Qualche tempo fa ho visto un caso di questo genere riguardante una donna robusta, che aveva già partorito più volte, e nella quale sei mesi dopo l'ultimo parto si era bruscamente manifestato un tumore, con rapida insorgenza dei sintomi d'anemia e di irritazione peritoneale, tumore che occupava e distendeva lo spazio del Douglas, invadeva tutto lo scavo e aveva spostato l'utero in avanti e un po' in alto. Nei puerperii precedenti la paziente aveva sofferto alquanto, ma del resto aveva sempre potuto attendere con grande energia alle faccende domestiche. L'improvvisa insorgenza, l'anemia pronunciata e la consistenza caratteristica mal definibile del tumore, infine la sua assoluta immobilità nello scavo indussero il medico curante ad emettere la diagnosi di ematocele. Si tentò per parecchi mesi di promuovere il riassorbimento del supposto ematocele, senza ottenere alcun miglioramento nelle condizioni della paziente, nè alcun cambiamento apprezzabile nel tumore. Anzi le forze andavano sempre più decadendo, e sia pel crescente marasma, sia pei dolori insistenti e per la stazionarietà nelle condizioni del tumore ammessa dal medico stesso, la paziente si risolvette a ricorrere a me. Rilevai lo stesso reperto constatato fin da principio dal collega, solo che nella narcosi, con una faticosa palpazione attraverso alle pareti addominali piuttosto ricche di adipe, mi riescì constatare una certa mobilità del tumore rispetto all'utero. Il tumore non era aumentato durante la mestruazione; la sua consistenza, sebbene non esattamente apprezzabile, accennava però ad una tensione elastica. Potei constatare l'inspessimento della tuba destra tumefatta a foggia di clava e apparentemente connessa al tumore: a destra non mi riuscì di avvertire l'ovaio, poco distinguibile anche a sinistra. Esternai il sospetto che verosimilmente in questo caso non si trattasse di ematocele, perchè non si sarebbe spiegata la mobilità del tumore rispetto all'utero: la sua forma tondeggiante in alto e lateralmente, la tensione elastica, mi facevano credere che si trattasse di un tumore incarcerato nella pelvi. Dopo aver tentato di favorirne l'involuzione con una cura protratta per qualche settimana, in vista delle condizioni generali ormai fatte minacciose, mi decisi ad un intervento operativo per cerzionare la diagnosi, e per rimuovere eventualmente il tumore. Incisi il fornice posteriore, e potei così constatare che non si trattava di uno stravaso sanguigno nello spazio del Douglas, ma d'un tumore ovarico incarcerato nello scavo, della grossezza di un pugno, e ripieno di sangue. Riuscii a isolare da ogni parte questo ematoma dell'ovaio per la via della vagina: ne evacuai il contenuto solidificato, ed esportai poi l'ovaio colla tuba discretamente ingrossata. Applicai un tubo da drenaggio nello spazio del Douglas, dove vidi discendere delle anse intestinali solo verso la fine dell'operazione. — Guarigione senza incidenti.

In casi consimili di difficile diagnosi fu consigliata la puntura per accertare la natura del tumore. Nei versamenti sanguigni non sempre si ritrae subito colla puntura del sangue, ma molto spesso un liquido sieroso quasi limpido, in cui solo qua e là si constatano traccie di antiche emorragie: negli essudati invece non si ha liquido misto a sangue, ma sieroso, oppure mescolato con pus, e talvolta dotato di cattivo odore.

Una tale puntura esplorativa non è però un procedimento scevro di pericoli, come posso desumerlo da osservazioni fatte nella clinica di mio padre, e perciò solo in casi di estrema urgenza mi deciderei a ricorrervi, per agevolare la diagnosi differenziale. La puntura esplorativa mi sembra tanto meno raccomandabile, perchè nel maggior numero dei casi tanto l'ematocele, quanto gli essudati di questo genere, possono venir riassorbiti in un periodo di tempo relativamente breve.

La *prognosi* dell'ematocele, se lo stravaso si fa in uno spazio chiuso, è benigna, purchè lo spazio non sia capace di una eccessiva quantità di sangue e non vi giungano germi di decomposizione numerosi ed attivi. L'evacuazione della massa incapsulata e il suo passaggio nella cavità peritoneale sono di solito accompagnati da gravi fenomeni, ma anche qui talvolta si spiega in modo insperato il potere assorbente del peritoneo, sicchè la malata può riaversi dal collasso anche in apparenza il più minaccioso. Solo le emorragie eccessive, rapidissime, tanto più se accompagnate dal contemporaneo passaggio di sostanze di azione infettiva energica, aggravano assai la prognosi dell' ematocele, trattandosi anche di donne che sono assai indebolite. Una prognosi analoga si farà, se il sangue, invece di venir riassorbito, cade in preda a decomposizione. Ma anche in questo caso può avverarsi, come negli essudati, l' evacuazione negli organi vicini: questo più frequente esito si accompagna bensì a gravi sintomi, ma autorizza ancora la speranza in una guarigione spontanea.

Riguardo alla *terapia* mi rimetto a quanto dissi per la perimetrite. Nell'ematocele si dovrà anzitutto cercare che cessi l'emorragia mediante cura opportuna col ghiaccio, col riposo, ecc.: le condizioni generali richiedono il generoso uso di eccitanti per vincere il collasso. Superate le conseguenze immediate dell' emorragia, di solito il riassorbimento si avvia regolarmente, usando della già accennata cura risolvente. È difficile stabilire il punto ove cessi l' indicazione della cura aspettante, e convenga invece ricercare direttamente la sorgente dell' emorragia o tentare l'esportazione operativa dell'essudato. Bisognerà sempre regolarsi a seconda dei singoli casi.

Una grande importanza la conserva sempre la questione, se nell'ematocele svoltosi da una gravidanza estrauterina meglio convenga la cura aspettante o la laparotomia, per mettere allo scoperto e curare

direttamente il punto leso. Se gli antichi tentativi diedero pochissimi risultati favorevoli, le osservazioni più recenti sono tali da incoraggiarci decisamente a seguire l'ultimo partito. Per mio conto, nelle emorragie recenti del cavo peritoneale ho trovato necessario di praticare la laparotomia, solo in caso di comparsa di gravissimi fenomeni, dovuti non tanto all'ematocele in sè, quanto alla sua origine (rottura di un tumore), tanto più se collo sviluppo dell'ematocele si accompagnavano gravi fenomeni febbrili minaccianti direttamente la vita della paziente. Come è noto, in genere la prognosi di queste operazioni non è cattiva, anche se esiste estesa peritonite e perimetrite. La guarigione è riuscita anche per stravasi considerevoli, in special modo ricorrendo al drenaggio della tasca del Douglas verso la vagina: solo in casi di sepsi intensa succeduta ad una laparotomia o ad una miomotomia non ho visto alcun utile risultato dallo svuotamento generale del contenuto pelvico. Io riterrei che il metodo aspettante sia la terapia più opportuna nell' ematocele. Solo per gravi condizioni generali mi adatto ad aprire il cavo addominale, e l'operazione, eseguita con tutte le cautele antisettiche, concede ancora qualche speranza di guarigione anche nei casi più disperati. Quanto sia difficile il risolversi in simili casi, l'ho visto or non è molto in una paziente. Era fuor di dubbio trattarsi di rottura di una gravidanza tubarica: siccome però la paziente si trovava ancora discretamente bene, consigliai di aspettare. Rinnovandosi l'emorragia, essa morì improvvisamente al quarto giorno. La sezione mostrò uno stravaso sanguigno libero nel cavo addominale, da rottura del sacco di una gravidanza tubarica. È assai probabile che una laparotomia fatta in tempo opportuno avrebbe salvato la donna.

Per farsi una via fino allo stravaso si può passare dal fornice. Nel sospetto si tratti della rottura di qualche organo io preferisco la laparotomia, e in avvenire conto di praticarla un po' più di buon'ora.

Uno stravaso che fosse in procinto di evacuarsi all' esterno o in qualche cavità vicina, sia o no in via di decomposizione, si potrebbe operare pungendolo da questa cavità: finora non ho avuto occasione di farlo. La perforazione che di solito avviene verso l'intestino, la vagina, o la vescica offre una prognosi piuttosto buona e conviene lasciarla a sè.

Solo per casi di straordinarie difficoltà crederei giustificata una puntura od incisione a scopo diagnostico, ed allora consiglierei di farla seguire da svuotamento completo, disinfezione e drenaggio del tumore sanguigno.

In alcuni rari casi ci si può presentare una forma caratteristica di malattia peritoneale che, per quanto finora si può ritenere, si avvicina alle lesioni tubercolari del peritoneo, ed è causa dello sviluppo di un idrope saccato del peritoneo, come si vedrà più avanti.

IX. Malattie dell'ovaio.

Nel parlare delle malattie dell' ovaio non dobbiamo ammettere che vi siano predisposte solo quelle fasi di sviluppo della donna, epoca della pubertà e della vita sessuale, che sono il punto di partenza del maggior numero delle malattie dell'apparato genitale; sebbene non si possa negare che in queste fasi la predisposizione è massima.

I processi di evoluzione fisiologica dell' ovaio si compiono in modo quasi continuo dalla vita fetale fino alla senilità: essi sono tanto svariati ed intensi, e producono modificazioni tanto profonde, che anche in essi si può trovare una causa frequente alla genesi di processi morbosi nell'ovaio.

È degno di nota che le ovaie prendono parte in modo spiccato a certe malattie d'infezione, specialmente alle forme settiche, mentre ad es. nella tubercolosi non sono interessate, per lo meno in modo speciale. Le ovaie prendono pure parte alle malattie del peritoneo, sieno esse idiopatiche, o dovute alla diffusione di malattie di organi vicini, e fra questi specialmente degli organi genitali. Le ovaie probabilmente soffrono anche per l' insulto meccanico di improprî eccitamenti sessuali. Assieme all'utero le ovaie, per la loro intima connessione con quello, sono a pari grado disposte all'insorgenza di tumori.

Siccome nell' ovaio certe fasi di sviluppo si completano già poco dopo la nascita, è lecito sospettare che nella vita fetale possano pure originarsi dei processi patologici, che però diventano evidenti solo molto più tardi.

Sebbene noi siamo abituati a ritenere per benigna la più frequente fra la forme morbose dell' ovaio, cioè la cistomatosa, vi sono tuttavia esempî che stabiliscono in modo netto come anche i cistomi semplici dell'ovaio abbiano una certa disposizione alle recidive.

I neoplasmi maligni dell'ovaio si distinguono perchè fin di buon'ora sogliono infettare i tessuti vicini, e specialmente il peritoneo.

Riguardo alla sintomatologia delle malattie ovariche in genere, è degno di nota come non si conosca alcun segno clinico che possa considerarsi quale sintomo costante di una malattia dell'ovaio. I dolori noi sappiamo che hanno parte affatto secondaria in moltissime affezioni ova-

riche. I dolori si hanno solo quando la superficie dell'ovaio per processo flogistico contrae aderenze con qualche organo vicino: ma anche alcuni degli intimi cambiamenti di struttura dell'ovaio sembrano, sebbene raramente, dare origine a sensazioni dolorose, come possiamo desumere dai casi, sempre rari, di lesione isolata dell'ovaio senza contemporaneo interessamento della sua superficie.

È molto incostante l'influenza delle malattie ovariche sugli altri organi della generazione, specialmente sull'utero o sulle sue funzioni, e in modo particolare sulla mestruazione. Sembra, del resto, che non siano rare le emorragie negli stati irritativi dell'ovaio, come pure si osserva l'amenorrea quando ammalano ambedue le ovaie (1). È relativamente precoce l'amenorrea nel carcinoma bilaterale dell'ovaio.

Parrebbe naturale che le malattie ovariche abbiano ad influire sulla fecondità della donna, quando siano interessati in totalità gli organi che preparano il germe. Siccome però ciò accade relativamente di rado, conviene andar cauti nell'ammettere in modo assoluto la sterilità nelle malattie ovariche, e solo nelle infiammazioni o nei tumori diffusi si considererà questa conseguenza come inevitabile.

Nelle malattie ovariche si ha una particolare fenomenologia nel campo del sistema nervoso (2). Le nevrosi nelle affezioni dell'ovaio offrono ancora molti punti ignorati, l'anatomia patologica dell'ovaio si può ritenere tuttora assai oscura in rapporto a queste nevrosi, alcune delle quali ci accontentiamo di designare come sintomi di talune malattie dell'ovaio, senza poter dire nulla di più preciso in proposito.

La mancanza totale (3), lo sviluppo rudimentario delle ovaie, la presenza di ovaie sopranumerarie (4), per quanto siano interessanti dal punto di vista embriogenetico (5), non hanno importanza clinica se non in quanto ostacolano la vita sessuale. Il senso genitale manca solo, e non sempre, nell'assenza completa delle ovaie. Anche con uno sviluppo rudimentario è possibile la fecondazione, purchè nei rudimenti esistano follicoli ed uova. Non sembra dubbio che questi stati siano suscettibili di un certo ulteriore sviluppo, sotto l'influenza dello sviluppo dell'utero e di una cura opportuna, e da questo punto di vista la terapia non deve ritenersi completamente superflua. Il numero esuberante delle ovaie non può evidentemente portare alcun ostacolo al concepimento, senza che però finora siasi nemmeno constatato conseguirne una esagerata prolificità.

---

(1) Czempin, Congresso di Berlino del 1886.

(2) Hegar, Der Zusammenhang der Geschlechtskrankh. mit nervosen Leiden, und die Castration bei Neurosen, Stuttgart 1885.

(3) Rokitansky, Lehrb. der prakt. Anat. 1861. — Allg. Wiener med. Zeit. 1860. — Klebs, Path. Anat. der weibl. Sexualorg., 1871.

(4) Wien. Medicin. 1863, n 43.

(5) Beigel, Wien. med. Wochenschr. 1877, 12. — Winckel, Atlante, tav. 34.

La diagnosi della mancanza, dello sviluppo rudimentario, e delle ovaie soprannumerarie spesso, in condizioni nel resto normali, dipende solo da una constatazione accidentale. Se esistono altre malattie nell'apparato genitale, la palpazione a scopo diagnostico può essere assai difficoltata dalle aderenze d'ogni genere, dagli spostamenti di organi, e dai depositi e membrane perimetritiche che li rivestono: così il maggior numero di questi casi, che passa di solito completamente inosservato nei bambini, anche negli adulti viene scoperto solo al tavolo anatomico, o nell'occasione di atti operativi.

Ben altra importanza hanno le anomalie di sede delle ghiandole sessuali (1).

A) Se l'ovaio si trova in un sacco erniario, vi si trovi poi fin dalla vita intrauterina, o vi sia disceso più tardi, esso potrà sempre svilupparvisi in modo fisiologico. L' ovulazione non viene impedita pel puro fatto della ectopia in un sacco erniario: l' uovo può giungere in modo normale nell'utero per mezzo di una fimbria allungata, o per la contemporanea trasposizione della tuba. Alcuni casi nei quali si trovò un corpo luteo vero in un ovaio ectopico dimostrano che queste uova sono suscettibili di essere fecondate. Finchè l'ectopia non dà luogo che ad una semplice dislocazione e non si destano processi infiammatorí nei contorni dell'ovaio o nell'ovaio stesso, lo spostamento non pare abbia un vero significato patologico.

Diversamente da quanto accade pei testicoli, non sembra che queste ovaia ectopiche abbiano speciale disposizione alle degenerazioni maligne. Possono tuttavia ammalare per ripetuti traumi, per stati cronici irritativi o per una qualunque altra causa patogenetica.

L'ovaio ernioso può trovarsi a ridosso dell'anello inguinale o sceso nello spessore delle grandi labbra, tanto da un solo che da ambedue i lati. Talvolta si osservano tali ernie come reperto accidentale nelle autopsie e si vede allora la tonaca vaginale comportarsi come nei soliti rapporti anatomici delle ernie, mentre il fatto sfugge abbastanza di frequente alla constatazione in vita.

Diversi sono i rapporti quando le ovaie si infiammano, sia nello sviluppo della loro attività funzionale, sia sotto l'azione di germi morbigeni di qualsiasi natura. Lo spazio limitato si oppone allora alla crescente loro tumefazione e dà luogo a vivissimi dolori ed a fenomeni di incarceramento, d'onde versamenti sanguigni, suppurazione, gangrena, evacuazione all'esterno o all' interno. A tali complicazioni sono specialmente predisposte le ovaie ectopiche situate profondamente, in un punto dove

(1) Puech, Des ovaires et leurs anomalies. Paris, 1873. — Englisch, Med. Jahrb. 1871. — Olshausen, Krankh. der Ovarien II, 1886. — Warner and Stozer, Boston gyn. Journal VI. 374. — Mundé, Amer. gyn. Society IV, 104. — More Madden, Dubl. med. Journ 1886.

la rigidità dei tessuti circostanti impedisce la distensione del sacco erniario.

La diagnosi potrebbe a tutta prima errare per uno scambio con ghiandole linfatiche infiammate: ma questo errore verrà evitato ponendo mente all'esistenza di un colletto erniario.

L'ovaio spostato si presenta teso e solido: per accertare la diagnosi si dovrà stabilire la sua connessione coll'utero. L'utero di solito è obliquamente situato rispetto al colletto erniario: per lo più si può constatare una tumefazione del viscere incarcerato durante la mestruazion ed una detumefazione nel periodo intermestruo.

Questi casi richiedono una cura solo quando dallo spostamento origini qualche disturbo. Si dovrà allora tentare il taxis, o, se ciò non è direttamente possibile, si tenterà la riduzione, previa dilatazione del canale inguinale. Per evitare la riproduzione dell'ernia si dovrà far portare un cinto. Se l'ovaio spostato si ammala, e se dà luogo a periodici disturbi o, nei casi di lesione grave, ad immediati fenomeni reattivi di una certa importanza, è indicata la sua ablazione; operazione che comunemente non dovrebbe offrire speciali difficoltà. All'ablazione dell' ovaio spostato si potrà far seguire la chiusura della porta d'uscita (1).

B) Importanza ben maggiore hanno acquistato in questi ultimi anni i casi di *descensus e prolasso dell'ovaio*. Specialmente nella letteratura americana si vede portato questo errore di sede come frequente indicazione all' estirpazione delle ovaie. In Germania ed anche in Inghilterra si ritiene invece che questo spostamento nel maggior numero dei casi non dia luogo ad alcun sintomo. Soltanto quando l'ovaio degenera o si ammala, e specialmente se aumenta di volume, possono venirne in scena fenomeni di incarceramento, che richiedono l' ablazione delle ghiandole sessuali. Ma se le ovaie non si ammalano di più, e danno luogo a disturbi solo incidentalmente in seguito a certi spostamenti dell'utero, ad esempio durante la coabitazione, per conto mio ritengo che si debba andar molto cauti nell'adottare questa indicazione alla castrazione, tanto più in vista delle conseguenze inevitabili, anche quando l' atto operativo ebbe esito felice.

Le ovaie si trovano non di rado discese o prolassate. Di solito riesce facile respingerle in alto al disopra dell'utero. Se durante la coabitazione riescisse molesta la sensibilità specifica dell'ovaio, analoga a quella del testicolo, si potrà tentare di ovviare a questo inconveniente mediante l'applicazione di un pessario vaginale. Se però le ovaie sono ammalate, e specialmente se sono coinvolte assieme ai tessuti vicini in un processo

(1) Perc. Pott, Chir. observ. London 1775. — Deneux, Sur la hernie de l' ovaire, Paris 1813. — V. Oettinger, Petersburg. med. Zeitschrift, 1868. — Wutzinger, Zur Lehre vom Bruchschnitt Bayr. ärzt. Intelligenzbl. 1868. — R. Barnes, American Journal of obstetrics, 1883.

cronico infiammatorio, la condizione morbosa può farsi tale da reclamare una seria attenzione. In questo caso acquistano maggior importanza la perimetrite e la periovarite, che non il prolasso o descensus dell' ovaio. Cedendo la perimetrite o la periovarite, spesso scompaiono anche i sintomi da parte dell' ovaio spostato. Se le sofferenze assumono carattere parossistico, nè si possono calmare con alcun' altra terapia i disturbi generali o locali, riesce giustificata l'esportazione dell'ovaio.

In questi casi molte volte la operazione si fa anche dagli americani attraverso al fornice posteriore. Però, in vista appunto delle tanto frequenti perimetriti e peritoniti, io sconsiglierei di fare qui l'incisione, a meno che non sia chiaramente provata la possibilità di condurre a termine l'operazione per questa via, perchè non di rado nel corso di queste operazioni vaginali si presentano tante e sì gravi complicazioni, che solo un abilissimo operatore può superarle, e che possono anche imporre di procedere con tutta rapidità ad una laparotomia per arrestare l' emorragia (1).

È evidente che anche nelle ovaie, le quali si sentono congeste e fortemente iperemiche nel periodo mestruale, possano pure per la congestione mestrua avverarsi degli stravasi sanguigni, sia nei follicoli, sia nello stroma. Se si ammette che lo stravaso sanguigno occupante il corpo luteo possa facilmente superare la norma, è pur ragionevole ammettere che un fatto simile possa avverarsi in casi di malattie dell' utero, e di neoplasmi dell'apparato genitale.

I singoli follicoli si distendono fino a raggiungere la grossezza di un pisello o di una nocciuola, e confluendo molti di questi follicoli possono anche formare un ampio focolaio emorragico. Di simili sacche sanguigne con parete del follicolo ancora benissimo conservata io ne ho veduto fino della grossezza di un pugno. La massa del sangue coagula, e può aversi riassorbimento e completa obliterazione della cisti, di cui non residua infine che una cicatrice pigmentata.

In altri casi il follicolo scoppia, e il sangue si versa nella cavità addominale, dando origine ad un ematocele. Ancora in altri casi il sangue resta inalterato a lungo, e si altera solo se interviene qualche accidentale influenza esterna a dare occasione alla decomposizione dello stravaso.

Più rari assai degli stravasi follicolari sono quelli nello stroma. Anche qui la disposizione all' emorragia è fornita da malattie generali, ma specialmente da processi puerperali.

Qualche cosa di consimile si è già dimostrato da tempo per lo scor-

---

(1) G. Thomas, Amer. journal of the med. Society. April 1870. — Wm. Goodell, Trans. of the amer. gyn. Society, 1877. 2 (questo autore ha raccolto i casi analoghi nella letteratura americana).

buto (1). Una apoplessia di questo genere fu dimostrata da B. S. Schultze (2) in un bambino nato in presentazione podalica. Il significato di quest' stravasi è naturalmente in rapporto coll'estensione dell'apoplessia e della distruzione che ne risulta nello stroma ovarico. Se le ecchimosi e gli stravasi sono limitati, si riassorbono senza alcun inconveniente: se più estesi, l'atrofia cicatriziale susseguente al riassorbimento del sangue può dar luogo a distruzione dell'ovaio, nello stesso modo che la forma follicolare può produrre un analogo risultato per distruzione dei follicoli. Ambedue le forme del resto possono trovarsi associate, ed allora compromettono al più alto grado la funzionalità dell' ovaio.

La diagnosi di stravaso sanguigno nell'ovaio è appena possibile in vita, quando un ovaio, già riconosciuto sano in antecedenza, si trova di un tratto considerevolmente ingrossato, in rapporto colla mestruazione o con un trauma che favorisce queste apoplessie. Se l' ingrossamento cede sotto una opportuna cura riassorbente, si dovrà pensare ad una apoplessia. Speciali difficoltà può incontrare la diagnosi, pel fatto che questa lesione, o non è che un epifenomeno di una grave malattia generale, oppure colpisce un organo che non si trova in perfetta normalità di rapporti cogli organi vicini, cosicchè per le pregresse peritoniti e perimetriti, per gli spostamenti, le aderenze, le pseudomembrane che occupano lo spazio del Douglas, viene tolta la possibilità di una differenziazione.

Se la raccolta scoppia e si riversa nella cavità addominale, memori di quanto avviene per le gravidanze tubariche, non dovremo emettere una prognosi tanto infausta, quanto la si voleva in base alle antiche osservazioni, perchè il potere assorbente del peritoneo può fare scomparire rapidamente anche uno stravaso voluminoso; anzi lo svuotamento della sacca sanguigna può essere considerato come una forma benigna di guarigione spontanea. La prognosi si fa veramente grave, solo quando lo stravaso è abbondantissimo e seguito da minacciosa anemia, oppure quando colla rottura del follicolo arrivano germi di decomposizione nella cavità addominale.

Qui, come nella rottura per gravidanza tubarica, si può pensare alla laparotomia, ma l'intervento deve essere ben giustificato. Solo il reperto del singolo caso (3) e le speciali condizioni della paziente suggeriranno se in una tale emorragia convenga esportare tutto l'ovaio in cui avvenne la parziale distruzione emorragica, oppure, secondo il processo di Schröder, conservarne una parte.

---

(1) Virchow, Die krankh, Geschwülste I, p. 145. — Olshausen, Krankh. der Ovarien 1886, p. 18.

(2) Monatschrift f. Geburtskunde 1858, XI, p. 170.

(3) Boivin et Dugès. Maladies de l'uterus, 1833. 2. p. 535. — Leopold. Archiv f. Gyn., XIII.

1. Infiammazione dell'ovaio.

Le infiammazioni dell'ovaio presentano marcate differenze secondochè si tratta di ovarite acuta o cronica.

A) L' *ovarite acuta* di solito non è che un fenomeno secondario di altre più gravi malattie, e specialmente delle infezioni settiche puerperali: si avvera però anche all'infuori del puerperio.

1.° Le affezioni settiche puerperali per rapida disgregazione dei tessuti colpiti fanno sì, che l'ovaio si dissolve completamente in una poltiglia purulenta commista a sangue, nella quale distruzione vanno compresi tanto i follicoli, che lo stroma. Visto l'estremo pericolo di vita che trae con sè un processo puerperale progredito fino a questo punto, sembra assai limitata la possibilità di una guarigione da questo stato, però si deve ammettere che anche qui, espulse le parti malate e cicatrizzate quelle ove la distruzione fu incompleta, possa avvenire una guarigione, a cui però per lo più farà seguito la sospensione dell'ovulazione.

L'ovaio si infiltra, si rigonfia, vi accadono lacerazioni vasali, mortificazione, fusione e distruzione completa. La parte che tengono in questo processo i microrganismi non è ancora ben nota.

Di solito questo processo non dà luogo nella puerpera malata ad un gruppo speciale di sintomi, e sarà sempre difficile distinguere se il dolore sia in rapporto coll'immancabile compartecipazione di tutto il peritoneo, o sia da riferirsi all' ovaio. Per lo più è interessata assieme anche la tuba. Il pus che vi si forma si deposita in densi strati su tutti gli organi pelvici, e coinvolge anche le ovaie in via di disfacimento, sicchè anche al tavolo anatomico è difficilmente possibile una diagnosi differenziale (1).

Allo stato odierno della terapia del puerperio morboso non si può indicare una terapia speciale. La prognosi è assolutamente infausta, perchè, dato pure che l'infelice donna sopravviva al processo, diventa poi completamente sterile per la distruzione del parenchima ovarico.

2.° All'infuori del puerperio, si può trovare l'ovarite acuta in due forme anatomicamente distinte, l' infiammazione del parenchima, e cioè specialmente dei follicoli di Graaf, e quella dello stroma connettivale.

Le ricerche di Slavjansky (2) dimostrano avverarsi l'infiammazione dei follicoli, od *ovarite parenchimatosa*, specialmente in quelle malattie acute febbrili, nelle quali viene colpito anche il parenchima di altre ghiandole dell' addome con un processo di distruzione, che si ripete nei follicoli dell'ovaio. Ammalano pure le ovaie nella peritonite e nella pa-

(1) Kiwisch, Krankh. der Wöchnerinnen I.
(2) Archiv f. Gyn. III.

rametrite, ed allora certo la malattia dell'ovaio passa in seconda linea, in confronto dell'importanza di questi processi. Quando della peritonite e parametrite non rimangono più che i postumi, in forma di membrane avvolgenti l'ovaio, allora acquista valore la lesione ovarica, perchè la periodica congestione di quest'organo determina sempre nuovi stimoli irritativi in queste membrane, le quali d'altra parte ostacolano l'ovulazione ed il contatto fra ovulo e sperma.

Anche l'avvelenamento per arsenico o per fosforo può dar luogo ad ovarite parenchimatosa.

La seconda forma del male, l'*ovarite interstiziale* si è vista pure coincidere colla peritonite e perimetrite. La si trova però anche quando insorgono disturbi nella mestruazione per l'influenza di cause perturbatrici esterne. L'esagerato o pervertito eccitamento sessuale, le infiammazioni della mucosa degli organi genitali, specie se unite ad infezione blennorragica (Nöggerath. Della gonorrea latente 1872), colle ripetute esacerbazioni fanno sì che l'irritazione e l'infiammazione si trasmettano anche all'ovaio, nel quale però non si ordisce una lesione profonda, se non lentamente e come prodotto di parecchie recidive.

Anatomia patologica. — In relazione col modo di diffusione del male nella forma parenchimatosa, le prime parti colpite dell'ovaio sono gli strati più vicini alla superficie ed i follicoli che vi sono contenuti, mentre nelle malattie infettive acute spesso i piccoli follicoli primordiali sono quelli che lasciano conoscere pei primi le traccie del male. Poi si intorbidano le cellule della membrana granulosa nei follicoli, e queste cellule assieme coll'uovo cadono in disfacimento, il liquor folliculi appare intorbidato e lattescente, la theca folliculi colle sue tonache e coi suoi vasi è fortemente iniettata, e presenta un'abbondante infiltrazione di piccoli elementi.

L'ovarite interstiziale è da ritenersi una semplice flogosi connettivale. Il tessuto connettivo è infiltrato da piccole cellule, i vasi fortemente congesti e circondati da imbibizione sierosa. Nel progresso dell'affezione possono formarsi piccoli focolai di suppurazione ed ascessi (1). Si capisce come l'infiammazione possa interessare anche i follicoli innicchiati nello stroma, e portare così ad una totale distruzione dell'ovaio. Se il processo morboso va verso la guarigione, ne risulta un raggrinzamento cicatriziale, che non di rado conduce pure a sua volta ad una atrofia completa dell'ovaio.

Anche in queste forme di ovarite acuta la *sintomatologia* è relativamente oscura. Possono aversi dolori vivissimi, stravasi sanguigni più o meno estesi ed ascessi, che reagiscono poi anche sulle condizioni ge-

(1) West, Diseases of Women. — Mosler, Monatschrift f. Geburtsk. XVI, p. 133 — Schröder trattato, VII ed., p. 306.

nerali. Per lo più però sono la peritonite e la perimetrite che dominano il quadro morboso, nè vi ha un gruppo di sintomi che possa dirsi proprio della lesione ovarica. Gli ascessi ovarici si riducono, il contenuto si ispessisce, il tutto cicatrizza. Ha luogo in altri casi la perforazione, e il contenuto si riversa nella cavità addominale. Alcuni autori vogliono attribuire a questi ascessi una speciale disposizione ad aprirsi in vescica, sebbene non si sappia capire come possa esistere tale disposizione alla perforazione dal legamento largo fino in vescica.

Una *diagnosi* si può emettere solo quando nella peritonite o perimetrite si può dimostrare malato anche l'ovaio, trovandolo ingrossato, tumido, sensibile. In alcuni casi sarebbe stata diagnosticata la stessa formazione di ascessi: così è detto che il rapido aumento e la forte dolorabilità con viva reazione febbbrile accennerebbero allo sviluppo di ascessi ovarici. A me non è riuscita questa distinzione, sicchè non credo opportuno basarvi dei suggerimenti terapeutici.

Terapia. — Nella cura dell' ovarite acuta bisogna limitarsi a togliere con energiche sottrazioni sanguigne l'irritazione flogistica, e a combattere i disturbi con una attiva antiflogosi e col riposo del corpo. Una cura diretta colla puntura sarebbe indicata, solo quando sia evidente la formazione di una cavità ascessuale accessibile. Per combattere sintomi minacciosi si è autorizzati anche nell'ovarite acuta ad una laparotomia, seguita dalla rimozione di tutte le parti affette. La coesistenza di una peritonite non ha poi sull'esito di questa operazione un'influenza così perniciosa come si potrebbe credere. Anzi, in apparenza per l'influsso della laparotomia, e probabilmente per l'applicazione di antisettici che l' accompagna, si nota di solito una rapida guarigione anche del processo di peritonite.

B) Col titolo di *ovarite cronica* viene oggidì designato da un gran numero di autori quel processo, che è caratterizzato dalla degenerazione cistica dei follicoli con proliferazione e sclerosi dello stroma, aderenze dell'albuginea, raggrinzamento ed atrofia del parenchima, ectasie vasali e piccole emorragie, e talvolta anche con formazione di piccoli ascessi. Però alcuni, e specialmente Hegar, sono ancora incerti se applicare il titolo di ovarite cronica a questo processo (1).

Se prescindiamo dalla considerazione che questa degenerazione dei follicoli in piccole cisti non di rado è appunto il prodotto di una flogosi localizzata, la designazione di queste lesioni come processo infiammatorio è pur sempre giustificata, sia per la frequente intercorrenza di reali processi flogistici in seno all'ovaio così alterato, sia per la grande frequenza con cui riscontrasi questa condizione dell'ovaio associata a infiammazioni dei tessuti vicini. Sarebbe altrimenti necessario inventare un nome nuovo,

(1) Operative Gynäkol. III, p. 368.

perchè coi progressi nella conoscenza delle malattie dell'addome, questa forma si è constatato essere relativamente frequente, e la sua influenza sulla sfera genitale e sulle condizioni generali è tanto intensa, da renderne assolutamente necessaria una definizione, allo scopo di potersi intendere sulla sua patologia e terapia (1).

Questa forma speciale si riscontra in condizioni assai varie: è piuttosto raro che sia il prodotto di una ovarite acuta. Non di rado in donne deboli, mal nutrite, la vediamo insorgere come conseguenza di un primo puerperio, da cui la paziente non si è mai rimessa completamente. Si trova allora uno stato di estrema floscezza di tutti gli organi pelvici con tendenza al prolasso, assieme con descensus dell'ovaio. In altri casi l'ovarite cronica sussegue ad un esagerato eccitamento sessuale, non tanto per lo smodato coito, quanto e piuttosto per sfoghi di venere pervertita. Così si spiega come tra i casi di ovarite cronica riportati nella letteratura molti si riferiscano a zitelle di una certa età appartenenti alle più diverse classi sociali. Un gran contingente di queste malattie rappresenta le conseguenze delle affezioni blennorragiche nelle mucose genitali. L'ovarite cronica si svolge in donne che hanno sofferto di catarri cronici a decorso subdolo, anche blennorragici, e nelle quali il catarro si estese alle tube, per diffondersi poi al peritoneo ed alle ovaie. Senza che sempre ne derivino manifestazioni violente, talvolta l'ovaio viene ad essere avviluppato negli essudati, o si trova di tanto ingrossato, che le masse di essudato riescono in suo confronto difficilmente avvertibili alla palpazione. Tilt (2) ritiene che l' ovarite cronica sia talora di origine sifilitica, ed afferma che possa venire in scena negli esantemi acuti e nelle febbri reumatiche.

Duncan (3) ha visto presentarsi questo stato in seguito a soppressione dei mestrui ed a gonorrea, nonchè durante la convalescenza di aborti, e per atti operativi sulla cervice.

La frequenza osservata da Olshausen (4) (12: 900) mi sembra assai inferiore alla realtà, a giudicare dalle mie statistiche policliniche e private. Non sempre la malattia è bilaterale, anzi vi sono casi nei quali l'ovaio d'un lato è prima colpito e resta a lungo in questo stato, poi si ammala l' altro ovaio dopo guarito il primo, e per anni ed anni si alternano e si continuano dall'uno all'altro lato le recidive e gli stati irritativi. In altri casi il male è fin da principio bilaterale, differendo ai due lati solo per l' intensità. In altri casi ancora ho trovato per molti anni l'ovaio d'un lato relativamente sano, e l'altro profondamente alterato per ovarite cronica.

(1) Beigel. Wien. med. Wochenschrift. 1870, n. 7 e 8. — De Sinety, Archives de Physiologie 1868, n. 1.
(2) Diseases of menstr. and ovarian inflamm. Londra 1880.
(3) Duncan, Edinb. med. Journal 1881, p. 193.
(4) Die Krankheiten der Ovarien 1886.

Nei limiti fra la pubertà e l'involuzione senile compiuta, nessun età può dirsi immune da questo male, e in vista di quanto già abbiamo detto si spiega come ne vengano colpite almeno in egual misura le nubili e le maritate.

Riguardo all'*anatomia patologica*, si osserva l'ovaio per lo più alquanto ingrossato, ma non molto. La superficie è irregolare, l'albuginea inspessita per depositi membranosi; al disotto di essa si vedono tesi i follicoli o piccoli corpi cistici e piccoli nodi fibrosi, che formano come delle tuberosità. Alla sezione spiccano i piccoli follicoli cistici col loro contenuto per lo più torbido, qualche volta colloide o sanguigno. Fra di essi si trova tessuto connettivo in discreta quantità, qua e là disposto a nodi. I follicoli sono compressi, e in parte atrofizzati: i vasi appaiono ectasici. In altri punti sono notevolmente compressi da una forte infiltrazione cellulare nella rete dello stroma. Gli infossamenti cicatriziali dovuti ai follicoli già scoppiati si trovano in forma di cicatrici retratte e profonde, sicchè tutto l'organo assume aspetto irregolare, quasi lobato. Talvolta queste forme sono limitate ad una parte dell'ovaio, mentre l'altra presenta ancora del tessuto in apparenza normale, con follicoli funzionanti normalmente. L'ingombro nella circolazione dovuto a queste alterazioni si manifesta anche nelle tortuosità delle vene dilatate nel legamento largo. Caratteristica speciale di utto questo complesso di alterazioni si è la tanto frequente sua associazione con fenomeni irritativi nel peritoneo contiguo, collo sviluppo cioè di una periovarite. Per questa si formano aderenze estese, che saldano agli organi vicini la superficie dell'ovaio spoglia del suo epitelio: oppure tutto l'ovaio viene a trovarsi coperto di membrane di considerevole spessore, che distruggono l'epitelio, e possono anche dar luogo a raggrinzamenti, non sempre estesi a tutto l'ovaio, ma più spiccati dove più accentuata è la retrazione delle membrane neoformate.

L'ovarite cronica per lo più per retrazione cicatriziale del connettivo infiltrato dà luogo a strozzamenti, atrofie, regressione dei piccoli follicoli cistici. In altri casi lo sviluppo delle forme cistiche non si arresta, e presto o tardi si passa ad una vera degenerazione cistica.

Non si può mettere in dubbio che l'ovarite cronica possa guarire, e l'ovaio ricuperare una struttura quasi normale. Scaturisce in modo positivo dalle mie osservazioni che una ovarite cronica bilaterale dopo lunga durata può infine andare incontro alla risoluzione ed alla guarigione, coronata anche dal concepimento. Si deve qui tener conto della consorvazione o rinnovazione di follicoli ovarici normali, e della restituzione alla norma della superficie, senza cui non è possibile la deiscenza fisiologica ed il passaggio dell'uovo nella tuba. In altri casi la guarigione è compiuta solo dopo che i disturbi nutritivi procedenti dalle pseudomembrane hanno determinato una atrofia dell'ovaio, analoga

all'involuzione senile. In questo modo si spiegano in non pochi casi le precoci involuzioni dei genitali e l'anticipata senescenza.

I *sintomi* dell' ovarite cronica sono assai variabili. Non di rado si limitano ad una sensazione dolorosa costante, uni o bilaterale a seconda della sede del male, dolore profondo che dura senza interruzione e si esacerba per eventuali sforzi, pel coito, per le defecazioni stentate. In altri casi il dolore si appalesa in rapporto colla mestruazione. Precede il principio dell'emorragia, e specialmente se il flusso è molto abbondante, viene di molto alleviato senza però scomparire del tutto, per ricomparire in un tempo più o meno lungo dopo cessata la secrezione mestrua. Altre donne lamentano solo un senso di malessere, altre ancora un vivissimo dolore che va crescendo di settimana in settimana. Il dolore dal sacro si irradia alle coscie, impedisce ogni movimento, turba il sonno, e getta la paziente in uno stato di eccitazione nervosa, dalla quale originano poi affezioni nevralgiche d' ogni sorta, estese anche a territorì estranei alla sfera genitale. Ad un gruppo di queste sensazioni Hegar, ha apposto il nome opportunissimo di sintomi di irritazione lombare. Consistono in dolori, nausea, tendenza al vomito, inappetenza, dolori lancinanti alle gambe, disturbi nel mitto e nella defecazione. In altri casi spiccano i sintomi della così detta irritazione spinale: emicrania, nevralgie d' ordine vario, e se il male dura a lungo, se è trascurato e la donna trovasi dal punto di vista psichico in un ambiente disadatto, si ordisce una profonda depressione morale, sicchè le malate offrono spiccato il quadro dell'isterismo, senza però raggiungere quel grado di esagerazione dei disturbi, che si trova in altre donne così dette isteriche. Questi disturbi nervosi e le nevrosi che ne emanano, cogli accessi convulsivi nei territorì più diversi, richiedono un controllo accurato ed uno studio assai profondo, perchè, mentre non di rado il quadro sintomatico resta oscuro, per substrato anatomico non sempre si trovano reperti costanti, nè per l'intensità, nè per il genere della lesione ovarica. E non si constata regolarmente un reperto di questo genere nemmeno quando i sintomi si direbbero verosimilmente in intima connessione con una malattia dell' ovaio, sia per l' aura che li precede, sia per la loro coincidenza colle funzioni ovariche, sia per la possibilità di provocarli con uno stimolo meccanico esterno portato sull' ovaio. Anzi, osservando a lungo questi casi di gravi nevrosi in rapporto coll'ovaio e colle sue funzioni, si viene alla deliberazione di estirpare coll' ovaio la sorgente del male, sebbene le alterazioni che in esso si rivelano all'esame locale sembrino di pochissima importanza.

L'influenza dell'ovarite cronica sulla mestruazione non è affatto costante: parecchie volte la mestruazione è profusa, in altri casi si fa scarsa. Il più costante dei sintomi è il ritorno di vivissimi dolori ad ogni mestruazione, che si esacerbano ad ogni fase ascendente del male e

si mitigano sospendendosi il processo morboso, cosicchè le donne hanno mestruazioni indolore per molto tempo, anche per anni, finchè una delle tanto frequenti recidive del male fa risorgere anche il dolore nella mestruazione (Czempin).

Fra i sintomi distingueremo dunque quelli che sono in diretto rapporto colla lesione, e sono per lo più uniformi e poco intensi, e quelli che insorgono periodicamente colla mestruazione, esacerbandosi in forma di accessi tipici. Sarà difficile discernere quanta parte dei sintomi sia da attribuirsi alla lesione propria dell'ovaio, e quanta alla frequente complicazione con una flogosi del peritoneo circostante. Una osservazione certo rara fu pubblicata di recente da Löhlein (1), che, con un peritoneo affatto sano, vide un lieve ma costante movimento febbrile vespertino, che cessò solo colla esportazione delle ovaie alterate per ovarite cronica.

Conosciuta l'eziologia del male, si capisce facilmente come l'affezione dell'ovaio non rimanga una malattia isolata, e non di rado assieme ad una periovarite si trovi anche una malattia della tuba corrispondente. Disponendosi la tuba così alterata a ridosso dell'ovaio colpito da ovarite cronica, ne insorgono gruppi sintomatologici complicati, che rendono tanto più difficile una differenziazione, in quanto che nel decorso del male può, anzi suole accadere una completa, intima aderenza e fusione dei due organi.

La diagnosi di ovarite cronica può basare soltanto su una attenta palpazione bimanuale. Non ammetto che per una semplice palpazione esterna dell' addome e specialmente di un ipocondrio si possa giungere a dimostrare una malattia dell'ovaio. Se anche aumentando la pressione si genera il quadro dell'*ovaria* di Charcot non ci illuderemo per questo, perchè si può escludere senz' altro la possibilità di raggiungere colla pressione esterna sul ventre un organo situato così profondamente nel bacino come l'ovaio. Soltanto con una accuratissima compressione bimanuale si può sperare di isolare l'utero e gli altri annessi dall'ovaio, còmpito che pure non di rado torna abbastanza difficile. Nell'isolare l'ovaio si possono trovare speciali difficoltà se esso è aderente agli organi vicini, nel qual caso a stento si arriva a distinguerlo, specialmente nei primi stadî quando è ancora involto in masse di essudato peritoneale. Quando poi l'essudato si riassorbe, si disegnano meglio i confini dei singoli organi e si arriva a sentire più distinto l'ovaio. Quanto più lieve è l' affezione degli organi vicini e prevalente quella dell' ovaio, tanto meglio si potrà sperare di palpare e di isolare anche l'ovaio. Lo si sente allora quasi sempre ingrossato a forma tondeggiante od elittica, consistente, e per lo più assai sensibile. Da esso si può chiaramente distinguere la tuba, situata davanti o superiormente. Non di rado l'ovaio pare legato all'utero e addossato ad un suo margine, o sopra o sotto di esso.

---

(1) Società di Ost. e Ginec. di Berlino, maggio 1885.

In altri casi l'organo così aumentato di volume giace profondamente nello spazio del Douglas, tanto che alcuni autori attribuirono tutto il male allo spostamento dell'ovaio.

Col progredire della regressione la massa dell'ovaio si fa sempre più dura. Vi si possono distinguere alcune parti cistiche, che spiccano nella massa dell'ovaio come vescichette tese fino alla grossezza di una nocciuola. Anche questo reperto, se fosse pure chiaramente rilevabile, non giustificherà la diagnosi di ovarite cronica se non col concorso dell'osservazione clinica.

La *prognosi* dell'ovarite cronica non è molto favorevole in quanto alla *restitutio ad integrum;* è migliore se si considera solo la cessazione dei disturbi, a costo anche della sterilità e di una anticipata menopausa.

Nessun dubbio che, in condizioni favorevoli e con una cura opportuna, l'ovarite cronica possa subire una regressione completa. In altri casi i disturbi aumentano, tanto da rendere vana ogni terapia: allora la guarigione non si potrà ottenere che rimuovendo la sorgente del male, esportando cioè l'organo alterato dall'ovarite cronica.

La *terapia* dell'ovarite cronica consiste essenzialmente in copiose sottrazioni sanguigne, da parte dell'utero o dalle pareti addominali: nella eventuale applicazione di vescica di ghiaccio, nei rivulsivi cutanei in forma di senapismi e vescicanti, in energici derivativi intestinali, e nel curare convenientemente i catarri o le altre malattie dell'utero. Appena ceduti i fenomeni subacuti, si raccomandano le irrigazioni vaginali calde a 40°, le irrigazioni rettali con acqua mano mano più fredda e in quantità sempre crescente, infine l'uso di preparati iodici, di cataplasmi di muffe ed eventualmente anche le frizioni con unguento cinereo.

Nello stadio regressivo saranno da raccomandarsi i bagni di Kreuznach, i fanghi di Franzensbad, le acque di Tölz e di Hall nell'alta Austria. Condizione essenziale per la guarigione è l'astinenza sessuale e una opportuna igiene generale. In principio si vieterà ogni sforzo, e solo mano mano si concederà il ritorno alle domestiche occupazioni. Dall'uso di rimedî interni, anche dai preparati iodici e di cloruro d'oro, io non ho visto conseguirne alcun risultato apprezzabile. Del resto la mia esperienza con quest'ultimo preparato è scarsa, perchè tutte le pazienti assoggettate a questa cura si lamentarono assai presto di disturbi gastrici, che resero impossibile il proseguire nella medicazione. Infine, se l'influenza sulle condizioni generali è profonda, non resta altro che l'estirpazione delle ovaie degenerate e rese per lo più inette alle loro funzioni per l'ovarite cronica.

L'operazione fu attuata su ampia scala pel primo da Hegar. Anch'io mi decisi presto ad accettare questa indicazione; più tardi fra gli

altri anche Gusserow (1). Fino alla fine del 1886 io ho operato 25 volte per ovarite o periovarite: di questi casi solo due erano esenti da gravi complicanze. Negli altri casi esisteva pelveoperitonite e salpingite, e quest'ultima malattia talora erasi risolta in una semplice affezione della mucosa, ma più spesso aveva determinato stenosi ed atresia con ritenzione di sangue, di liquidi sierosi e di pus.

Queste 25 pazienti guarirono tutte dall'operazione.

13 volte si dovettero esportare ambedue le ovaie, 11 volte se ne trovò uno solo malato che fu esportato: due volte era già stato esportato in precedenza un ovaio colla tuba profondamente alterata: e in quella operazione eseguita un anno prima della seconda laparotomia, l'ovaio che si dovette poi rimuovere per ovarite cronica era stato trovato sano.

Della sorte delle pazienti, cui furono esportate ambe le ovaie, dovremo occuparci più avanti.

Se nell'ovarite cronica si cerca un rimedio radicale nell'estirpazione delle ovaie, non si può evidentemente, per quanto abbiamo detto, accettare per questa operazione la denominazione di *ovariotomia normale* data dal Battey (2), perchè per questa indicazione non si portano via delle ovaie sane, e devo associarmi completamente ad Hegar (3), che mette come condizione per la castrazione nelle nevrosi e forme analoghe l'esistenza dimostrata di un processo morboso nell' ovaio. Questi casi però appunto per questo non si possono comprendere nel capitolo della castrazione, ma appartengono a rigore all'ovariotomia. Tuttavia si potrà anche quì parlare di castrazione, quando l' alterazione delle condizioni generali è essenzialmente legata alle funzioni dell' ovaio e perciò i disturbi si ripetono ad ogni mestruazione, ad ogni ovulazione o la loro influenza sul generale viene troncata soltanto dalla rimozione delle ovaie grazie alla cessazione della loro funzione. L' ovariotomia in questi casi non ha una prognosi meno buona del solito.

2. Neoplasmi dell'ovaio.

Le neoformazioni dell'ovaio si devono distinguere a seconda dell'elemento anatomico da cui pigliano origine (4).

---

(1) Charitè Annalen, IX.

(2) Atlanta med. a. surgic. Journal 1872.

(3) Hegar, Der Zusammenhang, etc., 1885

(4) Röderer, De hydrope ovarii, Göttingen 1762. — Hodgkin, med. chir. Trans XV. — Frerichs, Göttinger Studien 1847. Abth 1. — Virchow, Das Eierstockscolloid. Berlino 1848. — Wiener med. Wochenschrift 1856, p. 12. — Deutsche Klinik 1859, p. 169. — E. Martin, Die Eierstockwassersucht. Jena 1852. — Backer Brown, On ovarian dropsy, Londra 1872. — Spencer Wells, On ovarian and uterin tumors, London 1882. — Peaslee, Ovarian tumors, New York 1872. — Atlee, General and different. diagnos. Philadelphia 1873. — Gallez, Histoire des Kyst. de l'ovaire. Bruxelles 1873. — Köberle, Maladies des ovaires in Dict. de med. et de chir. prat. — Olshausen e Schröder l, c.

Perciò si distingueranno:

I.° I tumori del parenchima ovarico propriamente detto

a) tumori dei follicoli, sul tipo dell'idrope del follicolo.

b) tumori delle ghiandole dell'ovaio, di cui è tipo il cistoma.

II.° Tumori derivanti dallo sviluppo di residui embrionali, i tumori dermoidi.

III.° Tumori derivanti dalla degenerazione del tessuto interstiziale fibromi, carcinomi e sarcomi.

L'eziologia di questi neoplasmi non si può oggidì stabilire sotto nessun rapporto. Essa appare tanto più dubbia, perchè i primi stadî della forma più frequente, la degenerazione cistica, si incontrano spesso già nei neonati o nei primi anni di vita; anzi è al giorno d'oggi quasi fuori di dubbio, che la formazione dei tumori nei suoi primi stadî coincide coll'epoca dello sviluppo dei tubi di Pflüger e dei follicoli, e che perciò essi in un certo senso possono considerarsi come congeniti. Si aggiunga che la sede primordiale degli organi genitali non permette di escludere una compartecipazione del foglietto esterno del blastoderma, e che per conseguenza possono figurare in questi tumori anche dei derivati di questo foglietto, che fisiologicamente non entrano nella formazione dell'ovaio, e perciò elementi della cute e parti anche del foglietto medio. Di tutto ciò che si è detto sull'eziologia in generale non vi è quasi alcun punto che abbia una reale importanza. Scanzoni (1) avrebbe osservato i tumori ovarici specialmente in donne che soffersero già di clorosi, e ne avrebbe colpa l'amenorrea di queste clorotiche, coll'incompleta maturazione e mancata rottura del follicolo, circostanza questa che spiegherebbe al più l'idrope del follicolo di Graaf, ma non i cistomi.

Nelle ricche statistiche di Olshausen (l. c.) desunte dal materiale di Peaslee, Spencer Wells, Köberle e Clay, su 966 affette da tumori ovarici 32 avevano meno di 20 anni, 266 fra i 20 e i 30, 298 fra 30 e 40, 213 fra 40 e 50, e 157 al di là dei 50 anni.

I cistomi si trovano in ogni età, dalle bambine di 15 mesi fino alle vecchie di oltre 80 anni. Non è evidente una qualsiasi influenza da parte del commercio sessuale. Secondo Scanzoni, le forme bilaterali sono relativamente frequenti 49: 50; ma certo ha ragione Schröder (l.c.) di osservare che i dati opposti degli ovariotomisti, che, come Spencer Wells su 500 ovariotomie ebbero solo 25 volte ad esportare ambedue le ovaie si possono conciliare con questo fatto anatomico, nel senso che sono frequenti i casi in cui l'altro ovaio non è perfettamente sano, e vi si trovano altre malattie e degenerazioni cistiche dei follicoli di Graaf, ma che la contemporanea degenerazione di ambo le ovaie in voluminosi cistomi, o l'insorgenza di un cistoma nel 2.° ovaio dopo l'estirpazione del

---

(1) Scanzoni, Beiträge zur Geb. u. Gyn. V.

primo, non è affatto frequente: fatto questo confermato dalla considerazione che, anche nelle statistiche di Scanzoni, su 99 casi in soli quattro si osservarono ad ambo i lati delle cisti grosse almeno quanto un uovo di gallina (Schröder pag. 370).

La classificazione dei tumori del parenchima ovarico si appoggia alle ricerche di Waldeyer (1) sui cistomi ovarici.

I.° L' *idrope del follicolo* di solito non dà origine a tumori molto estesi. I sacchi idropici si spingono verso la superficie dell'ovaio, fanno forte sporgenza al disotto di essa, e possono, per la contemporanea idropisia di parecchi follicoli, dare origine anche a tumori ovarici composti. Questa idrope del follicolo è un tumore da ritenzione, che sorge per l'impossibilità alla naturale evacuazione del sacco idropico, per es. per ostacolata deiscenza dovuta alla presenza di membrane peritoneali, o all' aderenza di organi vicini. Secondo alcune osservazioni, anche un follicolo scoppiato, un corpo luteo, potrebbe dar origine ad una di queste cisti da ritenzione.

La parete dei tumori follicolari semplici, dei follicoli idropici, contiene abbondanti fasci connettivi intrecciati a reticolo, e porta all'interno un'epitelio basso, mentre all'esterno è tappezzata da prima dal normale epitelio ovarico, ma poi in seguito allo sviluppo in superficie per distensione del follicolo, viene a presentare un epitelio cilindrico basso. Attraverso a queste pareti scorrono numerosi e grossi vasi; non vi si trovano vegetazioni o produzioni papillari, a meno che i follicoli non fossero degenerati cisticamente. In questi follicoli Rokitansky (l. c.) pel primo, e più tardi altri, videro l'ovulo ben conservato, o le traccie dell'ovulo degenerato.

L'idrope del follicolo di Graaf raggiunge di rado un considerevole volume. Per lo più costituisce un tumore della grossezza di un pugno, ma ne fu osservato qualcuno grosso quanto una testa d'adulto. Si distinguono questi tumori perchè sono tutti uniloculari. Il loro contenuto è puramente sieroso, ed ha poca tendenza ad aumentare. Non contiene che poca albumina, e niente paralbumina. Questa idrope una volta svuotata ha disposizione a regredire spontaneamente, con guarigione del tumore.

II.° I cistomi dell' ovaio sono da considerarsi come adenomi, con spiccato carattere epiteliale. Si sviluppano dalla sostanza ghiandolare, e cioè in parte dallo stroma connettivale, in parte dall'epitelio ghiandolare. A quale epoca della vita avvenga questa trasformazione non si può dire con certezza; probabilmente nei primi anni di vita. Le cisti si formano per fusione al centro dei tubi ghiandolari, mentre per gli infossamenti nella parete tappezzati da epitelio si generano le cisti figlie. Processi di

---

(1) Waldeyer, Archiv. f Gynäk. I.

questa natura si possono svolgere in modo isolato: possono in uno stesso ovaio svilupparsi l'uno vicino all'altro parecchi focolai. Per aumento del contenuto e della pressione le pareti cistiche possono cedere e rompersi, e confluire gli spazî cistici che si trovano addossati, finchè ne risulta un unico grande sacco uniloculare. Secondo Waldeyer, i cistomi uniloculari originerebbero sempre in questo modo, e le traccie spesso appena accennate di disposizione trabecolare sulla parete di queste grosse cisti accennano appunto a tale modo di origine. Le cisti poi, sviluppandosi maggiormente verso la superficie dell'ovaio, possono rompersi e riversare il contenuto nella cavità addominale. La cisti può obliterarsi anche se per nuova formazione cistica ha continuato a crescere per un po' di tempo.

Le cisti nel loro ulteriore sviluppo possono trasformarsi in due modi ben diversi. Se gli infossamenti ghiandolari penetrano sempre più nella parete, si ha il *cistoma ghiandolare proliferante*. Se il connettivo prolifera e si spinge verso l'interno delle cisti o verso l'esterno in forma di anse di connettivo rivestite di epitelio, si ha il *cistoma papillare proliferante*. Quest'ultimo, avendo per substrato una neoproduzione connettivale, è naturalmente assai più consistente. Le vegetazioni connettivali sporgono verso la superficie interna in forma mammellonare, e possono trovarsi a grande distanza l'una dall'altra, mentre in altri casi sono stipate l'una contro l'altra e formano riunendosi dei tumori papilliformi, che possono invadere tutta l'interna cavità della cisti. Fino a quale stadio il papilloma si debba considerare appartenente a questo gruppo, è ancora dubbio, in vista del fatto che le ricerche di Marchand dimostrano in esso una tendenza spiccata alle degenerazioni maligne. In ogni modo, assai spesso si associa ad essi l'ascite e la seminagione di produzioni analoghe sul peritoneo.

Le due forme di cistoma possono trovarsi combinate; possono svolgersi l'una accanto all'altra sullo stesso ovaio per poi fondersi: possono svilupparsi una dopo l'altra sullo stesso ovaio, e si spiega così almeno in parte il polimorfismo dei tumori ovarici. Se poi questi tumori subiscono una ulteriore degenerazione maligna, ne originano quelle forme miste di tumori ovarici, che spesso sono di quasi impossibile interpretazione (1).

La varietà nel volume e nella consistenza di questi tumori costituisce una delle loro caratteristiche più spiccate. Per lo più si sviluppano liberamente nella cavità addominale. La loro base resta sempre nel legamento largo, e appunto in questo posto, essi offrono una grande

(1) Friedländer, Beiträge zur Anatomie der Cystovarien, Diss. inaug. Strassburg 1876. — Marchand, Beiträge zur Kenntniss der Ovarientumoren. Halle 1879. — Coblenz. Virchow's Archiv LXXXII e LXXXIV, e Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. VII. — Flaischlen, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. VI e VII. — Rokitansky, Trattato III, p. 48.

variabilità di struttura. È raro che nei tumori più voluminosi il legamento largo resti inalterato, prescindendo dall'aumento nei vasi che vi decorrono. Per lo più il legamento largo assieme al legamento utero-ovarico, e di solito anche la tuba, seguono il tumore nel suo sviluppo in superficie. Può darsi che la base sola serva come punto di inserzione del tumore al legamento largo, ma di solito il legamento viene fortemente teso. Quando l'ovaio alla sua base si sviluppa fra i foglietti del legamento largo, può non di rado per distensione di questi due foglietti venire a trovarsi sotto alla tuba. La tuba stessa più volte prende parte all'aumento di volume dell'ovaio, si accresce assai in lunghezza, le sue fimbrie vengono a perdersi sulla superficie del tumore, oppure comunicano col cistoma; anzi può aversi una comunicazione diretta fra il lume della tuba e la cavità del cistoma. Questo modo speciale di comportarsi porta alla formazione di una cisti tubo-ovarica (1). Per queste cisti tubo-ovariche può stabilirsi una comunicazione permanente tra la cavità del cistoma, la tuba e la cavità uterina, cosicchè di tempo in tempo il contenuto ovarico attraverso la tuba si riversa all'esterno. In altri casi si trovano nel peduncolo due pieghe nettamente distinte che vanno verso l'utero; l'una è formata dalla tuba, l'altra dal legamento utero-ovarico, e lateralmente ad esse si spicca il legamento infundibolo-pelvico che, fortemente disteso, viene a formare un nastro a bordi salienti. Lo sviluppo in lunghezza di questo peduncolo oscilla notevolmente; può assumere proporzioni straordinarie, mentre altre volte lo sviluppo si fa più in grossezza: oppure subisce le più svariate modificazioni per aderenze della superficie del tumore con altri organi o per torsione del peduncolo, sul che dovrò tornare più tardi (2).

Di solito i tumori semplici portano grossi vasi, branche dell'arteria utero-ovarica, che entrano nel tumore per la base dell'ovaio.

I tumori godono, per l'estensione relativamente limitata della loro base, di una grande mobilità nella cavità addominale, specialmente nei loro rapporti cogli organi situati superiormente.

Le pareti del tumore risultano di strati connettivali più o meno spessi che contengono vasi, variabili assai per numero e per sviluppo. L'interna superficie dei cistomi ghiandolari è coperta di epitelio cilindrico basso ad un solo strato: all'esterno la parete del tumore porta un delicato epitelio cubico, là dove la massa non è ricoperta dal peritoneo o da pseudomembrane. In queste pareti si diffondono numerose introflessioni ghiandolari, che ne aumentano la superficie e contribuiscono assai a riempire la grande cavità. Nei tumori papillari dalla superficie interna

(1) Blasius, De hydrope profluente, Halle 1834. — Per notizie sulla letteratura vedi Burnier, Zeitschr. f Geb. u. Gyn. V, p. 357, e VI p. 87.

(2) Werth, Archiv f. Gyn. XV, p. 412.

fanno sporgenza delle villosità, che eventualmente sono rivestite d'epitelio a ciglia vibratili, e che hanno uno stroma connettivale assai vascolarizzato. Nel loro sviluppo dendritico possono giungere ad occupare tutta l'interna cavità.

Possono pure queste papille, al pari delle estremità terminali delle ghiandole atteggiate a vescicola, svilupparsi sotto la superficie esterna del tumore, formandovi dei bernoccoli e delle rilevatezze, delle vegetazioni e delle nodosità di aspetto svariatissimo.

Il contenuto dei cistomi è estremamente variabile. Talvolta ascende a pochi grammi di liquido, talvolta a molti litri: io stesso in un caso, ho estratto tanto liquido da riempirne tre grandi secchii. Questo contenuto è per lo più fluido, schiumoso, ha una speciale consistenza colloidea, macchia la biancheria, la indurisce, è trasparente, di gusto neutro, scipito, di piccolo peso specifico, di colorito verde-giallastro con gradazioni verso l'uno o l'altro colore, dipendenti dalle miscele specialmente con sangue: in questa massa trovansi accumulati abbondanti epiteli degenerati; il liquido può essere torbido per copiosi coaguli che formano una nubecola o che, precipitando, si depongono sulle pareti, o si accumulano sul fondo del vaso dopo l'estrazione. Il peso specifico oscilla tra 1010 e 1025; le parti solide fra 50 e 100 $^0/_{00}$. Le più esatte indagini sulla composizione di questo liquido provengono da Eichwald, le cui cifre oggidì sono ancora ritenute valide per tutti questi casi (1).

Fra i componenti del liquido, un tempo, e specialmente daS piegelberg, si assegnava una grande importanza ad uno speciale corpo albuminoide, battezzato per paralbumina. Questa paralbumina passa in peptone di albumina, e in questa trasformazione perde la proprietà di coagulare al calore. Mano mano va poi perduta la possibilità della precipitazione con acidi minerali, ed allora si svolge della metalbumina e del peptone di albumina. Sotto la sorveglianza di autorità chimiche io ho sottoposto a minuzioso esame una grande quantità di liquidi d'indubbia provenienza ovarica, e al pari degli altri io ho dovuto convincermi essere tanto poco costanti le singole forme di albumina, da non poter fornire un risultato pratico che possa servire per la diagnosi. Già lo stesso Spiegelberg ha osservato che talvolta manca la paralbumina, ed egli avrebbe trovato nella mancanza di paralbumina nel liquido un segno di metamorfosi regressiva iniziale nel tumore ovarico. Anche qui le mie ricerche chimiche hanno dato solo risultati negativi, cosicchè non posso ammettere come sicura tutta la prova della paralbumina.

Al microscopio nel liquido ovarico si trovano masse di epitelio talvolta degenerate adiposamente, in via di decomposizione o con degenerazione colloide: oltre a questo, abbondante detrito, cellule granulose,

---

(1) Eichwald, Colloidentartung der Eierstöcke. Würzb.med. Zeitschr. 1861, V, p. 270.

globuli di sangue, granulazioni di pigmento, come residui di pregresse emorragie nella cisti: vi si trova anche della colesterina nella nota forma di tavolette romboidali (1).

Il liquido si deve considerare come prodotto delle ghiandole dei cistomi. Aumentando rapidamente la superficie secernente, la cavità si riempie sotto una pressione continua e sempre più grande, che è poi causa dell'usura delle tramezze tra cisti e cisti, nonchè della rottura dei singoli follicoli, che possono anche evacuarsi attraverso il rivestimento esterno. Ne consegue che si vede a diverso intervallo riapparire la secrezione, e può d'altra parte aversene anche l'arresto.

In quanto alla storia embriogenetica dei cistomi, bisogna premettere che il maggior numero di essi va considerato come congenito, e latente fino a poco tempo prima della pubertà. Solo eccezionalmente si potrebbero constatare in età più avanzata i primi stadî di sviluppo della degenerazione cistomatosa dell' ovaio. Nel maggior numero dei casi i tumori, dopo aver occupato lo scavo, crescono fuori di esso. Questa via viene loro imposta nell'ulteriore sviluppo dalla conformazione stessa del bacino che si apre in alto ad imbuto. Solo nello sviluppo congenito intralegamentoso della base del tumore si vede questo svilupparsi tanto nella direzione della cavità addominale, quanto sotto i foglietti del legamento largo (2). I tumori poi, sollevando il peritoneo, possono riempire tutta l'escavazione, e svolgersi specialmente sotto all'intestino cieco come vidi accadere con relativa frequenza. Possono anche svilupparsi dall'altra parte, sotto la breve base della *S* iliaca.

Solo in rarissimi casi i tumori si sviluppano verso l' avanti e riescono in vicinanza alla vescica: fu anche osservato sviluppo fra il retto e la vagina, come in un caso di Olshausen. Sono pochi i tumori che hanno nello stesso tempo sviluppo intralegamentoso, e libero nella cavità dell'addome. Su questi si vede l' inserzione peritoneale comportarsi come una cravatta, e in due casi da me osservati, sul tumore superante per volume una testa d'adulto, si trovava un evidente strozzamento nel punto dove esso emergeva dal rivestimento peritoneale.

Nel loro sviluppo verso la cavità addominale naturalmente i tumori vengono a contatto con tutti gli organi che vi hanno sede: possono restare perfettamente liberi vicino ad essi, e durare così a lungo senza contrarre aderenze. Però non pare che questi tumori liberi costituiscano

---

(1) Fontenelle, Analyse de quelques substances contenues dans les ovaires. Arch. gén. de méd. 1824, XV. — Méhu, ibid. 1850, XIX. — Atlee, Diagnos. of ovar. tumours. — Spencer Wells, l. c. — Waldeyer, Arch. f. Gyn. I, p. 266. — Spiegelberg, Monatsschr. f. Geb. p. 34; Arch. f. Gyn. III, p. 271; Conferenze Volkmann n. 55. — Huppert, Ueber den Nachweis der Paralbuminurie — Prager, med. Wochenschr. 1876, p. 17. — Foulis, Edinb. med. Journal 1875, p. 169. — Knowsley Thornton, Med. Times and Gaz. Aprile 1875 e maggio 1876.

(2) Freund, Berlin klin. Wochenschr. 1878, n. 28. — Kaltenbach. Zeitschrift f. Frauenkrankheiten 1876, p. 537.

la maggioranza: stando almeno alle mie osservazioni, i casi in cui il tumore non ha alcuna aderenza cogli organi vicini sono più scarsi di quelli in cui esistono le aderenze più varie ed estese.

Queste aderenze si sviluppano fra la superficie del tumore ed il peritoneo parietale, ma ancor più spesso col foglietto viscerale, sia colla sierosa dell'intestino, sia con quella del mesenterio. Ancora più frequenti si trovano fra la superficie delle tube e l'omento. Talvolta si tratta di semplice coalito insorto per la scomparsa dello strato liquido che si interponeva alle due superfici: talvolta avvenne una vera riunione intima delle superfici opposte, per processo infiammatorio. Innumerevoli vasi, di calibro spesso straordinario, scorrono fra il tumore e la parte aderente, e per loro mezzo può continuare la nutrizione del tumore, se viene interrotta eventualmente la circolazione nel peduncolo (Hofmeier) (1).

Proseguendo il tumore nel suo sviluppo, può contrarre aderenze anche col fegato e con qualunque altro organo della cavità addominale per quanto lontano: e queste aderenze possono acquistare tanta compattezza, da rendere difficile la delimitazione anche alla tavola anatomica. Infine le aderenze possono estendersi a tutta la superficie del tumore, che viene a trovarsi in intima connessione vasale con quasi tutti gli organi del cavo addominale.

Mentre la superficie subisce queste modificazioni, la massa del tumore non rimane inalterata (2). Fra le trasformazioni cui va incontro non si notano soltanto i cambiamenti nel liquido contenuto, cui già abbiamo accennato.

Non di rado si avvera una emorragia nella cisti: il sangue si versa in qualche piccola cavità isolata, ma può anche riempire completamente una cisti voluminosissima. Queste emorragie spesso insorgono per le più lievi scosse del tronco che danno luogo a soluzioni di continuo, o per corrosione dei vasi durante la distruzione dei setti interloculari, od anche per ferite dirette, per punture, ecc. Uno stravaso di questo genere dà luogo a tutti i sintomi dell'emorragia interna e della più minacciosa anemia: può anche esser punto di partenza di una rapida decomposizione del contenuto che porta alla tomba la donna, se è sopravissuta alle immediate conseguenze dell' anemia. Il contenuto del tumore, modificato o no, può per rottura riversarsi all'esterno, cioè nel cavo peritoneale o in qualche organo cavo che contrasse aderenze col tumore. Se la cisti è uni o parviloculare, la rottura può essere seguita da una specie di guarigione, perchè il liquido riversato per lo più vien riassorbito con estrema rapidità dal peritoneo. In un caso di mia conoscenza, avvenuta la rot-

---

(1) Hofmeier, Zeitschrift f, Geb. u. Gyn. V.

(2) Schroder, Trattato, VII ed., p. 290. — Hegar e Kaltenbach. Operat. Gynäkologie III ed., p. 237. — Olshausen, Centralbl. f. Gyn. 1884, n. 43.

tura a tarda sera, il riassorbimento era quasi completo al mattino: insorse allora premito vescicale intenso ed incessante e la paziente emise di seguito parecchi vasi di una urina assai chiara e di poco odore, che pur troppo non venne assoggettata ad esame.

È evidente che il riassorbimento non può sempre essere nè così immediato, nè così completo, anzi può arrestarsi del tutto, e allora le pazienti soccombono coi segni di collasso per l'impossibilità di riassorbire tutto questo liquidó. È naturale che queste rotture possano interessare anche dei vasi, e col contenuto cistico riversarsi nel cavo addominale anche del sangue. I residui della cisti si retraggono, si raggrinzano e subiscono una involuzione. Nel caso succitato io constatai la massa cistica sul fondo dello spazio del Douglas, ove formava un inspessimento poco consistente. In altri casi, specialmente se la rottura non ha permesso una evacuazione completa della sacca, questa può riempirsi di nuovo, e il tumore riacquista così in breve il primitivo volume.

Le cisti scoppiate e situate alla superficie del tumore vengono compresse ed anche estroflesse per la compressione esercitata dalle cisti situate più profondamente. Questo ha luogo specialmente nel cistoma papillare proliferante: in esso le pareti estroflesse formano delle rilevatezze voluminose, che emergono in forma fungosa sul livello della residua superficie del tumore. Sono appunto queste fungosità che sembra abbiano la più spiccata disposizione all'infezione del peritoneo, quantunque per sè non contraggano che assai raramente una aderenza con quelle parti di peritoneo, con cui vengono a contatto (Marchand).

Una parte essenziale nelle modificazioni dei tumori ovarici la ha naturalmente il peduncolo. Per lo stiramento che subisce nel senso della lunghezza, esso è infatti disposto ad una torsione sul suo asse longitudinale assieme a tutti i suoi vasi (1). Esso è sovente lungo tanto da permettere una torsione molteplice: il suo modo di impianto e la sua larghezza non inceppano che assai scarsamente la mobilità del tumore, e così avviene che il peduncolo si possa torcere sul suo asse longitudinale in seguito ad una scossa, ai moti della paziente, agli esagerati movimenti peristaltici, ma specialmente in seguito ad una energica palpazione del ventre. Non sempre, ma abbastanza di spesso, le conseguenze di questa torsione sono piuttosto gravi.

Talvolta queste torsioni, anche se molteplici, vengono tollerate senza dannoso effetto: in rarissimi casi l'attorcigliamento ha per conseguenza una infiammazione demarcante nel punto di torsione, il peduncolo si rompe, il tumore si stacca in modo più o meno completo, e viene a trovarsi libero nel cavo addominale. Se questo processo si svolge lentamente senza fenomeni tumultuarî, il tumore resta essenzialmente im-

---

(1) Werth, Archiv f. Gyn. XV.

mutato, tanto più se trova per la sua ulteriore nutrizione un apparato vascolare sufficiente nelle aderenze della sua superficie cogli organi vicini. Assai più comune in seguito alla torsione assile è la rapida gangrena, con effetti immediatamente gravissimi e generalizzati.

Più soventi che non un distacco completo si vedono le torsioni del peduncolo determinare obliterazione dei vasi, e quindi gangrena del tumore. A tutta prima pel fatto della torsione si determinano nel tumore delle emorragie: il contenuto, aumentato dal sangue versato, si altera, si scompone, sebbene sia oscura l'origine e il modo di penetrazione dei germi di decomposizione: le pareti si lacerano, le cisti riversano il loro contenuto nel cavo peritoneale. Le infelici pazienti soccombono allora all'anemia o ad una peritonite diffusa con decorso più o meno rapido.

Possono anche indipendentemente dalla torsione determinarsi, sebbene raramente, dei processi flogistici nella cisti, d'onde suppurazione e totale decomposizione (1).

Una modificazione a quanto pare non tanto rara, è la comunicazione che può stabilirsi fra la cisti ovarica e il lume della tuba. In questi casi la tuba sembra siasi ammalata contemporaneamente all'ovaio. Le fimbrie di tali tube alterate si saldano al tumore ovarico, la parete di divisione scompare per la pressione del tumore in via di sviluppo, finchè tuba ed ovaio confluiscono in un'unica massa, in una *cisti tubo-ovarica*, le cui pareti conservano ancora molte infossature ed altre traccie del primitivo modo di sviluppo (2).

La tendenza tanto marcata dei tumori ovarici ad aumentare di volume si spegne talvolta da sè. I tumori possono subire allora un processo regressivo. E in questi casi il tumore, non solo cessa di ingrossare, ma presenta anche essenziali mutamenti nel suo contenuto, la cui parte liquida si isola dalla solida, che si deposita a strati all'interna superficie. Le cisti così arrestate nel loro sviluppo possono anche impicciolire per riassorbimento parziale del contenuto. Un'altra forma di metamorfosi regressiva è quella che porta alla degenerazione grassa del cistoma. Le cellule epiteliali degenerano e si rigenerano in modo incompleto, gli epitelì staccati si mortificano e si disciolgono. Lo stesso processo ha luogo negli strati connettivali delle pareti sotto l'influenza di altre lesioni che ne disturbano la nutrizione, e specialmente per il continuo aumento del contenuto.

La calcificazione è un fatto raro nei cistomi.

Già si è detto che il cistoma, vi esistano o no le vegetazioni papillari,

---

(1) Schröder. Trattato. Ed. VII p. 391.

(2) Blasius, l. c. — Richard. Bull. gèn. de thérap. 1857; lo stesso, Mém. de la Soc. de chir. 1853, III. — Labbè. Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1857. — Henning, Monatsschr. f. Geb. vol. 28, p.128. — Sp. Wells, l. c. p. 45. — Burnier l. c. — Runge e Thoma, Arch. f. Gyn., 28, p. 72.

può modificarsi in un carcinoma. Una percentuale abbastanza ragguardevole di cistomi ovarici subisce la trasformazione in cancro, per lo più in modo primario, qualche volta in seguito ad affezione carcinomatosa in altri organi (1). L'eziologia di questo passaggio è ancora ignota; in ogni modo la gravidanza non vi ha quell'influenza che altri vollero affermare. La degenerazione cancerosa di solito fa rapidissimi progressi, invade il peritoneo, l'intestino, il mesenterio ed è così causa di esito letale prima ancora di determinare il disfacimento del tumore (2).

I *sintomi* dei tumori ovarici sono estremamente incostanti fino ad un certo grado di sviluppo del tumore. Molte volte la donna ne avverte l'esistenza solo quando la circonferenza aumentata desta il sospetto di una gravidanza e dà occasione ad un esame per constatarla. Oppure la scoperta è affatto accidentale, senza motivo alcuno.

E più volte accade che il tumore non abbia mai arrecato alcun disturbo, ed anche ora che la cavità addominale ne è quasi riempiuta, molte non sanno dare notizia di molestie ben definite causate loro dal tumore ovarico. Altre già da tempo accusavano un senso di tensione, di malessere, di ripienezza. Spesso i disturbi da parte della vescica e del retto che furono occasione a molteplici cure, scompaiono quasi di botto: il tumore ha allora appunto abbandonato lo scavo per risalire nel cavo addominale, e qui ha tutto lo spazio per estendersi. In altri casi ancora i cistomi sono accompagnati fin dal principio del loro sviluppo da fenomeni assai vivi, che si fanno intercorrentemente tumultuosi; si determinano assai di buon'ora dei dolori irradianti al lato corrispondente, vivissima sensibilità alla pressione nelle sovrapposte pareti addominali, e così via; e se anche questi sintomi si mitigano nell'ulteriore sviluppo, la calma è di brevissima durata, finchè avviatosi in modo rapido l'aumento di volume, si fanno marcatissimi i disturbi di pressione e da ripienezza dell'addome.

Quando sono ammalati gli annessi, si vede assai sovente coinvolto nel male anche l'utero; così più d'una volta le alterazioni dell'ovaio sono accompagnate dai sintomi di endometrite e metrite cronica.

Fra gli altri sintomi noteremo le mestruazioni a tutta prima profuse, sebbene indolore (3). Relativamente rara è la soppressione delle mestruazioni nei cistomi; le malate o erano tisiche, o soccombettero rapidamente a profonda cachessia.

I casi di mestruazione profusa presentano abbondanza di secrezioni nel periodo intermenstruo, sicchè le molestie accusate dalla paziente

---

(1) Cohn, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XII. — Leopold, Deutsche med. Wochenschr. 1887, num. 4.

(2) Köberle, Gaz. hébdom, 1883, 13 luglio. — A. Martin, Berl. klin. Wochenschr, 1878, num. 12.

(3) Czempin, l. c.

parrebbero dovute ad una intensa endometrite. Le mestruazioni che, come si disse, di solito non sono dolorose, possono accompagnarsi a dolori in casi eccezionali, quando si avveri una specie di incarceramento dell'utero per opera del tumore cresciuto di volume. La pressione sulla vescica è causa di tenesmo vescicale, ma qui bisogna, come in gravidanza, tener conto della facilità di adattamento della vescica, che anche in casi di tumori voluminosi può trovar posto a distendersi verso l'uno o l'altro lato, senza che ne soffra seriamente la sua funzione. Solo nei tumori assai voluminosi, quando tutto il contenuto della cavità addominale subisce la compressione, può stabilirsi l'emissione involontaria dell'urina, sintomo che acquista una importanza capitale.

Quasi sempre l'intestino risente della malattia dell'ovaio; si genera un molesto torpore intestinale che assieme alla trasposizione della massa intestinale concorre a turbare il processo digestivo e la nutrizione.

È un fatto conosciuto il dimagramento che subiscono le donne affette da tumori ovarici, e specialmente quell'alterazione dei tratti del viso che giustifica la denominazione di *facies ovarica*. Non è ancora ben stabilito se questo dimagramento si debba spiegare come una conseguenza dell' assorbimento per parte del tumore dei copiosi materiali nutritizi sottratti così al resto del corpo, o come un effetto degli ostinati disturbi della digestione. Il dimagramento contrasta in modo strano coll'aumentato volume del ventre, alla cui superficie si vedono i noti intrecci venosi, mentre per azione del tumore si producono edemi alle gambe, cardiopalmo e i segni tutti di una cachessia generale.

Di solito i disturbi più gravi sono provocati dalle alterazioni nella superficie del tumore o nel suo contenuto. Per le aderenze della superficie può venire seriamente ostacolata la funzione delle parti interessate, può riescire estremamente penoso ogni movimento, anche il mutar di fianco nel letto se il tumore ha contratto aderenze colla parete addominale. Ne derivano gravissimi disturbi intestinali, dolori colici, meteorismo, flatulenza, spesso anche vomito nei casi di aderenze intestinali; mentre si hanno ostinati dolori peritoneali, disturbi del respiro e nel circolo, se il tumore spinge in alto il diaframma.

Non di rado gli accennati fenomeni procedono gradatamente nel loro sviluppo e nella loro influenza sulle condizioni generali: solo il sopraggiungere di fenomeni acuti richiama l'attenzione della paziente e di chi la circonda sul male, o ne lascia intravedere tutta la portata. Questi disturbi intercorrenti si presentano specialmente per stati irritativi del peritoneo, come quelli che precedono la formazione di aderenze e che offrono il noto quadro della peritonite.

Le rotture si manifestano per l'acuta insorgenza di collasso, che non sempre assume una forma veramente minacciosa. Emorragie, suppurazione e decomposizione del contenuto danno luogo, come è naturale,

ad anemia tale da impensierire, a febbre etica ed a deperimento rapido delle forze. Il decorso delle malattie ovariche è spesso di una lentezza straordinaria, fino a parecchi anni. Si osservano poi invece dei casi in cui l'accrescimento è rapidissimo, con speciale influenza sugli organi del circolo e del respiro. In casi di sviluppo lento, una improvvisa acutizzazione coincide con trasformazioni avvenute nel tumore, o col passaggio dalla forma fino allora benigna, ad una maligna.

Prescindendo dalle oscillazioni nella salute della paziente, dovute alle indicate modificazioni, non si può disconoscere che anche il più semplice cistoma ovarico può portare a morte la paziente. Questa o soccombe lentamente per cachessia, o rapidamente per intercorrente lieve catarro bronchiale o intestinale, o per disturbi connessi colla presenza del tumore stesso, trombosi, gangrena, decubito.

L'influenza del neoplasma ovarico sulla vita genitale della donna è affatto incostante; sebbene molte volte collo sviluppo del cistoma si accompagni la sterilità, in altri casi non ne viene ostacolato il concepimento. Più d'una volta all'esportazione di un ovaio cistomatoso ho visto susseguire una gravidanza, purchè fosse conservato sano l'altro ovaio. In uno dei miei casi la gravidanza si avverò dopo che io coll'esportazione di un cistoma avevo praticato sull' altro ovaio la puntura di un follicolo idropico, grosso quasi quanto una noce (per la resezione con conservazione di una parte del tessuto ovarico, vedi oltre).

Finchè i cistomi ovarici sono piccoli, nè sono incarcerati nel piccolo bacino, è certo che la gravidanza può svolgersi tranquillamente di fianco al tumore ovarico; ed aversi anche un puerperio normale. Solo allorquando il tumore pel suo volume ostacola l'espansione dell' utero negli ultimi tempi di gravidanza, e diventa causa di eccessiva distensione dell'addome con pericoli per la paziente, o quando, incarcerato nello scavo, oppone un ostacolo all'espulsione del feto, o quando infine nel suo interno si verificano perniciose trasformazioni, solo allora acquista gravezza la complicazione della gravidanza col tumore ovarico. Questi tumori pare crescano per l'influenza della gravidanza; nel travaglio sono frequenti le occasioni alla torsione del peduncolo, ad emorragia nella cavità del tumore, o a disorganizzazione del suo contenuto. Talvolta un puerperio febbrile viene seguito dallo sviluppo di processi di decomposizione nel tumore ovarico.

Le più recenti osservazioni fanno ritenere evento assai comune la metamorfosi carcinomatosa di un tumore che in principio aveva carattere benigno. Un giudizio definitivo in proposito non si può ancora emettere, ma pare che non le sole forme papillari abbiano la prerogativa di trasformarsi in modo maligno, ma che anche le ghiandolari abbiano per lo meno una tendenza sospetta alle recidive e quindi alle metamorfosi maligne.

La diagnosi dei tumori ovarici ha guadagnato assai per l'introduzione dell'esplorazione bimanuale.

Prima di tutto adesso si è in grado di diagnosticare il tumore con molto maggior sicurezza che non per l'addietro, prima che sia aumentato di mole al punto da occupare e distendere la cavità addominale. Finchè il tumore si trova in fondo al bacino, torna per lo più facile il sentirlo ai lati dell' utero. Se il tumore è mobile, se è situato nella sede dell' ovaio e vicino ad esso non si riesce a percepire alcun corpo che possa corrispondere ad un ovaio, allora in genere la diagnosi può dirsi assicurata. Più difficile è giudicare quando la massa del tumore non è mobile con perfetta libertà, e se, collegata coll'utero, lo ha spostato dalla sua situazione, o per iniziale torsione assile ha assunto una posizione abnorme. In questi casi anzitutto si dovrà sempre cercare di isolare l'utero, occorrendo anche nella narcosi e coll'aiuto della sonda: poi si esplora per delimitare il corpo corrispondente all' ovaio e posto accanto all'utero, e l'esplorazione vaginale si completa poi colla rettale. Come ulteriore sussidio diagnostico può servirci l' afferrare l' utero con una pinza uncinata di Hegar per trarlo in basso, e il sollevare in alto il tumore secondo il metodo di Schultze (1). Per lo più con questo mezzo si arriva a stabilire in modo approssimativo la sede del tumore, la sua superficie, la sua consistenza, il suo volume, la forma del suo peduncolo.

Io non voglio omettere di ricordare qui che questa palpazione minuziosa delle singole parti del tumore, e i tentativi per determinarne colla massima esattezza i rapporti, vanno intrapresi soltanto e sempre colla massima cautela. È troppo facile dar origine con queste manovre ad uno strappo, alla lacerazione di qualche delicata aderenza, alla rottura di qualche cisti superficiale, e ancor più della tuba situata presso l'utero, o delle cisti tubo-ovariche, e più d'una volta ho dovuto operare per ovviare alla conseguenza di questa precoce distruzione in tumori ove il tentativo di dilucidare i dettagli dei varî rapporti, e il desiderio di dimostrarli agli spettatori condussero alle più pericolose rotture ed all'insorgenza di forme acutissime. Finora invero mi è sempre riuscito, con una immediata laparotomia al primo insorgere dei sintomi minacciosi, di ovviare alle conseguenze dello stravaso di sangue, e a tutto quanto era venuto in scena come effetto di un esame troppo zelante, benchè operassi a temperature sorpassanti anche i 40° e con una frequenza di polso sorpassante le 136 pulsazioni. Però nell' interesse della paziente ci terremo ben scolpito nella mente, che a tutta prima è più che sufficiente lo stabilire l'esistenza del tumore, e con una certa approssimazione il suo volume, la consistenza e i rapporti cogli organi vicini. Un

(1) Centralb. f. Gyn. 1879, n. 6, e 1880, n. 1

esame più minuzioso è giustificato e permesso solo quando l'esaminanda è in condizioni tali, che si possa, all'insorgere di qualche complicazione, attuare immediatamente e con tutte le garanzie di successo la laparotomia.

La diagnosi differenziale delle cisti ovariche nei piccoli tumori deve dilucidare dei rapporti differenti da quelli che si osservano nei tumori già elevatisi al disopra del bacino. Se in questi ultimi è facile constatare la mobilità e controllare eventualmente la disposizione del peduncolo, e se in questi casi si dovrà tener conto per la diagnosi differenziale di tutte le raccolte o neoformazioni che potrebbero distendere il cavo addominale, quando invece il tumore è ancora nello scavo ci dovremo occupare solo dei rapporti possibili in questa sua sede.

Pei tumori più piccoli ancora situati nel bacino si tratta anzitutto di stabilire se sono o no in connessione coll'utero. Più d'una volta una gravidanza ai suoi inizî è causa di un errore di diagnosi.

È appunto di fronte ad una iniziale gravidanza che occorre stabilire con estrema cura la diagnosi. Può infatti, anche in condizioni quasi normali nel resto degli organi genitali, determinarsi durante la gravidanza un particolare allungamento ipertrofico della porzione sopravaginale del collo, che permette al corpo una mobilità quasi completa rispetto al collo (1). Si sente allora assai distinto il collo ipertrofico, e si è quasi tentati di prenderlo per l' utero stesso, perchè non si arriva a distinguere con chiarezza l' istmo molto assottigliato e portato anche di solito assai all' indietro. Si crede allora giustificato l' ammettere che il corpo mobile sia un neoplasma, e precisamente dell' ovaio, perchè il tumore situato per lo più lateralmente sembra avere spostato dall'altra parte l'utero, perchè la sua mobilità è veramente eccezionale, e perchè la sua consistenza e la superficie non ricordano la durezza di un fibroide nodoso. L' errore è tanto più facile, perchè, almeno nei casi da me osservati, la mestruazione era sempre stata irregolare, esistevano cioè emorragie, perchè il calore e il grado di rammollimento non sempre forniscono un criterio sufficiente, il battito cardiaco del feto non può ancora esser sentito per l'età poco avanzata della gravidanza, e le donne sembrano appunto in questi casi profondamente turbate nelle condizioni di salute (deperimento delle forze, dimagramento, caduta dei capelli, insonnia, inappetenza, molestissime turbe digestive).

Un reperto somigliante a questo può esser fornito dai fibromi sottosierosi dell'utero; però in essi questo allungamento della porzione sopravaginale è difficile sia tanto marcato, che presso al voluminoso tumore non si possa distinguere nettamente il corpo dell'utero. Si pensi che per lo più i miomi originano da germi multipli, sicchè anche sul corpo dell' utero si possono distinguere altri nodi duri. Questi fibromi inoltre hanno per lo più un peduncolo assai più corto di quello che sembri

in quei casi di gravidanza. Crescono di volume assai più lentamente di un utero gravido o di un tumore ovarico. Credo che questi tre stati, tumore ovarico, gravidanza con allungamento ipertrofico della porzione sopravaginale e fibroma sottosieroso peduncolato si possano nella narcosi distinguere con sufficiente evidenza, e che eventualmente a dissipare i dubbi varrà la trazione sull'utero alla Hegar per tendere il peduncolo, o lo spingere in alto il tumore fuori dello scavo col metodo di Schultze.

Meritano specialmente attenzione la consistenza, il colorito del collo, ed il polso percepibile ai fornici, per evitare lo scambio con una gravidanza, nel caso che nel decorso dell'esame il medico non sia già posto sull'avviso dalla cessazione od irregolarità dei mestrui, o da altre modificazioni somatiche e funzionali della paziente.

Fra i tumori situati presso all'utero devono esser presi in speciale considerazione i neoplasmi del legamento largo e quelli delle tube.

I neoplasmi del legamento largo sono rari, ma sono anche difficilissimi da distinguersi dai tumori ovarici che abbiano preso vaste aderenze per coalito o per essudati (1). In ambo i casi manca o è solo apparente la mobilità. Il trovare un ovaio presso al tumore fornirebbe una soluzione definitiva del problema, ma sapendo che il tumore sotto una eccessiva compressione può scoppiare tra le mani, ricorreremo a questa ricerca solo colla massima prudenza.

Nei tumori cistici del legamento largo sarebbe molto desiderabile di procurarsi un mezzo diagnostico colla puntura ed aspirazione del liquido limpido, scarso di albumina, che si differenzia appunto per questi suoi caratteri dal liquido ovarico.

Ma io sono del parere che la puntura esplorativa non sia affatto scevra di pericoli, ed anche ammesso che una cisti del legamento largo possa per la puntura ridursi e non più riprodursi, tuttavia preferirei fare la laparotomia ed enucleare di lì il tumore, perchè dette cisti infine sono molto rare, ed io ho più timore di una piccola ferita profonda e non accessibile a diretto controllo, che non dell'immediata apertura dell'addome, si intende con tutte le regole dell'arte.

I tumori tubarici sono spesso assai difficili da differenziarsi da un neoplasma ovarico. In molti casi l'esplorazione dalla vagina o dal retto combinata colla palpazione esterna ci farà sentire il passaggio dal sacco tubarico all'utero in forma di un cordone, che origina dal corno uterino e si perde nel tumore dopo un decorso più o meno lungo e quasi sempre tortuoso.

Si aggiunga che i tumori tubarici formano il più delle volte delle masse bernoccolute, atteggiate a spira, che ora si incurvano con decorso serpentino, ora più distese riempiono tutto lo scavo. Nell'ultimo caso

(1) Vedi Sänger, Archiv f. Gyn. V, p. 258.

l'esplorazione è naturalmente assai difficile, ma finchè i tumori non raggiungono questo sviluppo, è abbastanza caratteristico il modo di comportarsi della loro estremità uterina. In altri casi la tuba è tutta compenetrata nel tumore: allora l'esatta differenziazione fra tumore ovarico e tubarico potrebbe incontrare gravi difficoltà, o non riuscire possibile a meno di fare una laparotomia, e non sempre nemmeno con questa.

La distinzione dei tumori più piccoli dagli essudati parametritici e peritoneali da sola non è poi molto difficile. Gli essudati parametritici, la cui insorgenza va nell'anamnesi congiunta per lo più ad un puerperio morboso, ad un aborto o ad un atto operativo, si diffondono nel profondo del legamento largo; è raro che siano nettamente limitati, e sembrano quasi sempre affatto immobili.

L'essudato talvolta abbraccia l'utero lateralmente e all'indietro, e lo immobilizza, mentre i tumori ovarici per sè sono sempre tondeggianti, e nettamente delimitabili rispetto all'utero. La diagnosi sotto questo riguardo è spesso resa assai difficile quando gli essudati si sono raggrinzati e non formano più che residui incapsulati nel legamento largo, e quando i tumori ovarici si complicano con simili essudazioni nel legamento largo o sul peritoneo. Per quanto concerne gli essudati perimetritici, la forma caratteristica di questi versamenti nello spazio de Douglas è facile a distinguersi dalla forma tondeggiante dei tumori ovarici. Talvolta l'essudato include un tumore; allora la diagnosi è molto complicata, se un essudato para o perimetritico coincide con un tumore ovarico piccolo. L'anamnesi, l'anteriore decorso e la sensibilità più o meno spiccata dei visceri pelvici hanno in questi casi un'importanza somma: per assicurare la diagnosi non resta che continuare l'osservazione sull'ulteriore andamento del male. Abbastanza sovente, scomparendo l'essudato extra od intraperitoneale, si vede il tumore ovarico risaltare nettamente nella sua estensione e nella sua forma, e riuscire facilmente distinguibile come tale.

Non si può escludere che un ammasso di materie fecali possa venire scambiato con un tumore ovarico; le masse fecali si distinguono sempre per la loro pastosità. Non ci forniranno occasione di errore se terremo per regola di provocare sempre una copiosa evacuazione alvina, prima di procedere ad un esame decisivo.

Una retroflessione d'utero gravido, od un fibroma incarcerato, si potranno differenziare da un tumore ovarico per mezzo dell'anamnesi e specialmente collo stabilire nella narcosi la figura dell'utero o col fissare in vicinanza al tumore la presenza dell'utero punto ingrossato. La distinzione fra un tumore ovarico voluminoso asceso nella cavità addominale ed un neoplasma d'altra natura può rappresentare una non lieve difficoltà. Non intendo qui diffondermi molto sugli errori occasionati da accumuli di gaz nell'intestino, o di adipe nelle pareti addo-

minali, condizioni che vengono tosto poste in chiaro da un esame nella cloronarcosi.

Del resto gli antichi sussidî diagnostici basteranno anche per questi casi. Colla palpazione, colla percussione ed eventualmente coll'ascoltazione si può anzitutto stabilire se esiste o no un tumore nel ventre, se la tumefazione è data da liquido libero o da masse delimitate, se queste masse sono in connessione cogli organi genitali. Qui assume massima importanza l'esame dei visceri pelvici nella cloronarcosi, fatto coll' affondare profondamente la mano esterna al disopra della sinfisi pubica. In tutti i casi di diagnosi oscura si esplorerà in diverse posizioni ed atteggiamenti del corpo, e si cercherà di rimuovere il supposto tumore dalla sinfisi verso l'alto, si eseguirà l'esplorazione dei visceri dalla vagina, dal retto, ed eventualmente dalla vescica: si completerà la diagnosi coll' ascoltazione, colla percussione e palpazione dell' addome. In singoli casi potrà sempre darsi che le difficoltà appaiano insuperabili. Non voglio occuparmi degli scambî di diagnosi con una vescica distesa e con una gravidanza, e mi contenterò di accennare agli essudati saccati, alle cisti di altri visceri addominali, ed a certi tumori dell'utero.

Appunto per questi casi è importante tirare in basso l' utero con una pinza uncinata, per dividerlo dal resto del tumore, e render così possibile una distinzione di questi due corpi. Anche la manovra di Schultze si dovrà attuare in questi casi, far sollevare da un aiuto il tumore, ed esaminare allora i visceri pelvici. È abbastanza caratteristico che questi voluminosi tumori molto sovente non si distinguono affatto, o solo incompletamente all'esame fatto dalla vagina.

Fra le malattie che fanno ardua la diagnosi differenziale va annoverato in prima linea *l' idrope saccato del peritoneo.* Lo si trova non tanto frequente nelle peritoniti semplici, sebbene anche qui possa presentarsi; più comune nella tubercolosi e nel cancro del ventricolo e dei genitali. Io ho eseguito otto volte la laparotomia per un idrope saccato del peritoneo; fra cui tre volte nel sospetto di incontrare un tumore ovarico, mentre negli altri casi la diagnosi era stata esatta. In questi casi era sorto il dubbio di una tale condizione di cose, ma nè l' anamnesi, nè lo stato generale, nè lesioni di altri organi o rialzi di temperatura od aumento di sensibilità non fornivano un sicuro criterio. Nè sempre risaltano in modo sufficientemente caratteristico i segni che si enunciano per la diagnosi differenziale, quali la poco marcata delimitazione, la constatazione di nodi di cancro o di abbondante ascite. In casi di idrope saccato, osservati più tardi, il ventre nella narcosi mi parve assai cedevole, e la sua forma, che prima pareva decisamente tondeggiante, venne a prevalere nel senso della larghezza. La massa si poteva chiaramente delimitare alla percussione, che dava risonanza timpanica evidente sui lati, in qualunque posizione si mettesse la paziente.

Si raccomandò di fare specialmente in questi casi una puntura esplorativa, ma a me pare che con essa non si raggiunga tanto bene lo scopo, quanto con una incisione esplorativa: colla puntura si incorre nel pericolo di ferire, per es. un tumore canceroso e dar luogo a profuse e pericolosissime emorragie; inoltre l'incisione offre il vantaggio di poter essere seguita subito all'occasione da una conveniente terapia.

Parecchie volte si confusero i cistomi ovarici con una idronefrosi o con cisti da echinococco. Nell'idronefrosi ci attenderemo di sentire le anse intestinali, che invece nei cistomi ovarici sono spostate lateralmente ed in alto: ma, come insegna la casistica, questo mezzo diagnostico non sempre risalta colla desiderata chiarezza, certo è importante in questi casì indagare la presenza nell'urina di pus, albume o sangue, ed occorrendo fare un tentativo di confronto col cateterismo degli ureteri. Dalla puntura esplorativa non sempre si ricavarono dati sufficienti. Nelle cisti da echinococco la diagnosi viene talvolta rischiarata dal noto fremito alla palpazione. Il numero delle osservazioni in proposito è straordinariamente aumentato in questi ultimi tempi, cosicchè è sperabile che si trovino segni importanti di diagnosi differenziale. In uno dei miei casi (1) alcune grosse cisti da echinococco si spingevano in basso nel bacino, sicchè si potevano ritenere di natura ovarica, ed era naturale considerare della stessa natura anche le masse che occupavano in alto l' addome. I tumori solidi dei visceri addominali si spingono a ridosso delle pareti addominali, appena abbiano acquistato un certo volume. Si possono però di solito distinguere dai tumori ovarici, perchè occupano la parte alta dell' addome ed a stento si raggiungono attraverso al bacino, nel quale si distinguono invece le ovaie coi loro normali caratteri.

Più d' una volta, come si disse, si verificò lo scambio fra tumori ovarici ed ingrossamento dell' utero per tumori o per gravidanza. Rispetto alla gravidanza si potrebbe essere sviati dall'inesatta anamnesi; ma ad evitarne l'errore basterà la constatazione del rammollimento del collo, ed eventualmente del battito fetale e dei moti attivi; e, se persiste il dubbio, l' osservazione del modo ulteriore di svilupparsi del tumore.

Per constatare un tumore uterino, si dovrà sempre procedere dall' utero stesso; si palpa prima la forma dell' utero, per passare poi al neoplasma; e qui la sonda fornisce un buon sussidio alla diagnosi. I tumori sottosierosi spesso appaiono peduncolati, e mobili rispetto all' utero: in questi casi il diagnostico si potrà posare, palpando l'ovaio inalterato, o esaminando la disposizione del peduncolo.

Questo peduncolo può del resto trovarsi in posizione tale da non riuscire accessibile alla palpazione, ed allora la distinzione riesce impossibile.

---

(1) Pubblicato dal Düvelius, Società di Ost. e Ginec. di Berlino, marzo 1886.

Siccome però i miomi, i fibromi e gli altri tumori dell'utero richiedono anch'essi la laparotomia, non ritengo poi di grande conseguenza un errore diagnostico in questo senso.

I tumori del fegato, della milza, ed altri neoplasmi nel cavo addominale, non si potranno confondere con tumori ovarici, quando si riscontrino sani gli organi genitali e specialmente le ovaie, occorrendo nella narcosi. Meno facile è distinguere i tumori ovarici da quelli del mesenterio, del peritoneo, e delle stesse pareti addominali. In tutti questi può coesistere un certo grado di mobilità del tumore. Possono lasciare perfettamente libera la cute dell'addome, che si può spostare al di sopra del tumore e offrire anche nel resto tutti i sintomi dei tumori ovarici. Anche per questi casi si andrà alla ricerca delle ovaie che si troveranno nello scavo, per lo più poco alterate, e si potrà così per lo meno stabilire che il tumore non è di provenienza ovarica.

Gli accennati segni diagnostici hanno indubbiamente un alto valore. Però nella pratica la loro importanza può scemare considerevolmente, specie per le varie complicazioni che possono associarsi ai tumori ovarici. In primo luogo i cistomi, anche se non di natura maligna, si complicano non di rado alla presenza di liquido libero nell'addome. Poi questi tumori non escludono, come è noto, la gravidanza, e così pure può con un cistoma ovarico coesistere un mioma uterino. Ancor più gravi sono quelle complicazioni che risultano da modificazioni alla superficie del tumore. Qui possono avverarsi i più intimi coaliti, e svolgersi in queste aderenze tale vascolarizzazione, che il tumore viene nutrito da queste parti meglio che dal peduncolo. Possono verificarsi aderenze del tumore coll'intestino e con tutti i visceri dell'addome, senza che sempre riesca possibile predire con qualche sicurezza queste aderenze.

Non sempre si può rispondere in modo certo alla questione a qual lato appartenga l'ovaio ammalato. Per dire se il tumore è multi od uniloculare, quando sia facilmente palpabile si indagherà se la fluttuazione del contenuto è diffusa o limitata. Un tumore uniloculare per lo più è tondeggiante; i multiloculari appaiono bernoccoluti alla superficie.

Mi sono già dichiarato contrario alla puntura esplorativa, nè voglio omettere di far rilevare ancora una volta che la mia avversione alla puntura è basata sulla possibilità di provocare con essa emorragie o decomposizione nel tumore, e complicare così seriamente l'ulteriore cura.

Naturalmente non intendo escludere la possibilità di utilizzare l'esame chimico o microscopico del liquido ottenuto colla puntura, per valutare la natura del tumore: da quanto esposi si possono ricavare molti caratteri, che rendono possibile distinguere il contenuto di una cisti da un liquido ascitico libero, e quello di una idronefrosi o di una cisti da echinococco dal contenuto di un cistofibroma o di una cisti del legamento largo. Per quanto però io abbia tentato queste ricerche chi-

miche, non ne ho quasi mai ottenuto dati costanti e fissi, utilizzabili per valutare il significato del tumore, e sopratutto per rispondere alla questione se il tumore sia o no operabile. E neppure la provenienza e il modo di sviluppo del tumore non si possono sempre affermare con sicurezza in base a questi dati. Per una diagnosi differenziale delle varie sorta di liquido che si ottengono colla puntura dei tumori addominali, terremo conto anche di questi caratteri:

Il contenuto dei cistomi è vischioso, per lo più oscuro, di peso specifico elevato: contiene notevole quantità di albume, mentre la paralbumina, di cui tanto si è parlato, non vi si può constatare che assai incertamente. Nel deposito lasciato da questo liquido si trovano epitelì cilindrici quasi sempre alterati per degenerazione grassa e in via di disfacimento.

Il liquido ascitico ha un peso specifico basso e contiene poca albumina; lasciato all'aria, dopo 12 a 18 ore deposita spontaneamente un coagulo gelatinoso di fibrina, fenomeno che non si avvera nel liquido cistico se non per pregresse emorragie. Il microscopio in ogni caso nel liquido ascitico non fa riscontrare epitelì che in modo affatto isolato, il cui distacco si spiega forse coll' azione meccanica della puntura; vi si trovano invece corpuscoli linfatici.

Nell'idronefrosi si trovano i caratteristici componenti dell'urina, che però in alcuni casi possono anche mancare quasi completamente.

Il contenuto delle cisti da echinococco è caratterizzato più che tutto dagli uncini o corone di uncini, ed anche da lembi di cisti. Le cisti del legamento largo hanno un contenuto straordinariamente limpido, e un peso specifico infimo (1004-1009); al microscopio vi si riscontra qualche rara cellula epiteliale.

Il contenuto dei tumori fibrocistici si comporta come il sangue, coagula all'aria, ma non ha alcuna nota caratteristica.

Fra le modificazioni delle cisti ovariche ve ne sono quattro che possono costituire una difficoltà pel diagnostico, e sono; le aderenze cogli organi vicini, la rottura, la torsione del peduncolo, e la degenerazione maligna.

Le aderenze dei tumori ovarici cogli organi vicini per lo più si organizzano in modo subdolo e senza che alle ammalate ne appaia alcun sintomo manifesto. Nel maggior numero dei casi resta ancora un po' di spazio libero pei movimenti degli organi vicini. Le lesioni che a questi organi ne derivano si ordiscono in modo tanto lento, che solo per un disturbo accidentale se ne fanno palesi le conseguenze. In altri casi la formazione delle aderenze è accompagnata da fenomeni acutissimi, e specialmente dai sintomi di una peritonite acuta circoscritta. Ne derivano violenti dolori, rialzo di temperatura iniziante con brivido, vomito, polso frequente, collasso grave. Poi i sintomi gradatamente re-

cedono, e residua solo un punto doloroso, ove più volte si può percepire attraverso alle pareti addominali lo sfregamento di due superfici ruvide. Simili infiammazioni circoscritte si ripetono con una certa frequenza, e infine, specie nelle aderenze della parete anteriore, può risultarne un intima coalescenza fra la superficie cistica e questa parete, coalescenza che si rivela ad ogni movimento del tumore e del corpo, perchè la cute in questo punto viene stirata in dentro e fa delle pieghe. Non sempre, però, si rende evidente questo fatto e perciò l'aderenza, perchè la parete addominale può essere tanto ricca di adipe, che la cute della superficie e lo strato adiposo superficiale non si mostrano quasi affatto influenzati dalle aderenze che si sono formate profondamente, sembrano anzi assai mobili, mentre poi aperto il ventre si trova il più intimo coalito.

Le aderenze colle anse intestinali si formano spesso su larga scala. Le anse si trovano poggianti sulla superficie del tumore al quale si vedono saldate in grande estensione e in modo abbastanza fisso; tuttavia il moto peristaltico si effettua ancora con una certa facilità, mentre in altri casi naturalmente ne possono derivare intensi disturbi e ostacoli alla peristalsi. Assai gravi sono le aderenze colla vescica, dalle quali deriva l'incompleta evacuazione dell'orina, ed un senso di molesta tensione della vescica. Nelle aderenze coll'utero è sintomo saliente l'alterazione della mestruazione: questa di solito si fa assai abbondante; ne derivano copiose secrezioni nel periodo intermestruo, ed anche emorragie atipiche.

In genere la diagnosi di queste aderenze è della massima importanza per l' operazione; resta però sempre assai ardua, non giova il negarlo, ad onta del più attento esame. Relativamente facili a scoprirsi sono le aderenze estese col fondo pelvico, cosicchè chi non possiede sufficiente abilità operativa per trionfare di queste aderenze, dovrà sempre considerarle come una controindicazione alla cura operativa del tumore ovarico. Le aderenze colle anse intestinali, invece, non si possono riconoscere che in casi rarissimi, quando per es. le anse, insinuatesi davanti alla superficie anteriore del tumore, quivi rimangono fissate, come ho veduto io in qualche caso. Ma in altri casi in cui le aderenze erano estesissime e fitte, la mobilità del tumore non ne era punto sminuita, e la scoperta di queste aderenze riusciva tanto più inattesa, appunto perchè la spiccata mobilità del tumore aveva lasciato sperare un'operazione semplice e liscia.

Le aderenze colle pareti addominali per lo più si dividono assai facilmente: le aderenze più salde e fitte sono fatali, perchè dànno luogo veramente ad un' intima fusione fra le due superfici, tale da renderne impossibile la separazione, e allora il distacco del tumore non si può compiere senza rilevante perdita di sostanza nel rivestimento sieroso della parete addominale. Riguardo al trattamento delle aderenze rimando al capitolo sull'ovariotomia.

La rottura di una cisti non è certo un fatto raro, sia per l'aumento di pressione interna dovuto allo sviluppo di cisti figlie sotto alla superficie, sia per una violenza esterna, come urto, caduta, rozza palpazione durante un esame. Il contenuto di solito si riversa nella cavità addominale, senza che la donna ne risenta essenzialmente alcun notevole disturbo nella salute. Le cisti più voluminose però, quando il loro contenuto si versa nel cavo peritoneale, occasionano marcati fenomeni di shock; allora la diagnosi è resa molto facile dal diminuito volume del tumore. D'altra parte una rottura che inizii con fenomeni di shock non permette a tutta prima un esame sufficiente, per cui la diagnosi si potrà fare solo quando il peritoneo avrà riassorbito il liquido che vi si è riversato. Questo assorbimento può farsi entro 8-12 ore, come lo mostra il caso più sopra riferito. Non credo impossibile che per una rottura possa anche avvenire esito letale.

Una alterazione assai più seria consiste nella torsione assile del peduncolo. Coi fenomeni del collasso si vedono insorgere dolori acutissimi e sintomi di peritonite, e talvolta anche un manifesto aumento di volume del tumore. Se la torsione non si cancella subito e dà luogo invece alle ulteriori conseguenze che ho già esposte, i sintomi crescono rapidamente ad una minacciosa intensità, e per lo più conducono presto alla morte.

La degenerazione maligna dei tumori ovarici fu già da molto tempo ritenuta per una delle caratteristiche di questi tumori. Come essa avvenga non è ancora ben dimostrato per tutti i casi. Probabilmente, come dimostrò Marchand (l. c.), le forme papillari sono le più disposte a questa trasformazione maligna. In altri casi la degenerazione maligna si svolge nei resti dell'ovaio, sia nello stroma che nella parte ghiandolare, e non solo determina la trasformazione del tumore, ma rottene le pareti, infetta per contatto diretto il peritoneo. La constatazione diretta di queste forme maligne può riuscire possibile se si sentono chiaramente delle durezze limitate, delle nodosità mammellonari, sia attraverso alle pareti addominali, sia nello spazio del Douglas. In altri casi la degenerazione maligna si sospetta per la cachessia che progredisce rapidamente e per l'ascite che accompagna sempre il carcinoma ovarico. Nel liquido ottenuto per puntura da questa ascite si trovano costantemente in queste degenerazioni maligne residui di cellule del neoplasma e cristalli di colesterina (1).

La prognosi dei tumori ovarici è decisamente infausta. Non voglio negare i casi in cui un tumore si arresta ai primissimi stadî del suo sviluppo e non esercita alcuna dannosa influenza sulle condizioni generali, e viene tollerato senza dare alcun sintomo, sia che si conservi

(1) Flaischlen, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. VII.

immutato, o che cada in preda a metamorfosi regressiva. Ma il maggior numero dei cistomi ovarici non resta così inoffensivo, e se pensiamo a tutti i pericoli che risultano dalla natura di questo tumore, e d' altra parte ai buoni risultati di una cura radicale, emetteremo su questi tumori una prognosi riservatissima e cercheremo di operarli più presto che sia possibile.

Naturalmente la terapia dei cistomi ovarici doveva essere puramente aspettante o palliativa, finchè non si avevano che scarsi e poco soddisfacenti risultati dalla loro esportazione. Per molto tempo si confidò di poter arrestare lo sviluppo del tumore con cure generali d'ogni sorta, colla limitazione della dieta, coll'amministrazione di alcuni medicamenti, e prima di tutto dei preparati di cloruro d' oro e di iodio, colla cura mercuriale e con simili mezzi terapeutici, senza però riuscire a raggiungere un risultato sicuro o durevole. Siccome talvolta sotto l'influenza della congestione mestrua si vede il tumore rigonfiarsi, appare giustificato il tentativo di limitare l'accrescimento del tumore, diminuendo la congestione ai genitali nel periodo mestruale, e da questo punto di vista non sarebbe affatto fuor di luogo una cura con scarificazioni dell'utero, e col riposo al tempo della mestruazione nelle pazienti che soffrono per tumori ovarici di piccola mole.

Certo l' esito di questa cura è sempre problematico. Fra i mezzi palliativi si deve accennare anche all'uso di energici derivativi intestinali, e di rimedî atti a promuovere la diuresi. In molte pazienti vidi istituita per lungo tempo una tal cura; i disturbi sembravano scemati, ma non si raggiungeva alcun effetto sul tumore e sul suo sviluppo. È naturale che, in caso il tumore sviluppandosi esageratamente venga ad occupare tutto il bacino, si possa tentare di spingerlo in alto: per lo più vi risale spontaneamente, se non è trattenuto da aderenze. Certo sarebbe un grave errore il voler dedurre un metodo generale di cura dei tumori ovarici dai risultati accidentalmente ottenuti con questi metodi, o dagli eventuali effetti ricavati in alcune stazioni di acque iodiche o bromiche. Di fronte ai casi isolati di esito soddisfacente o discreto, la gran maggioranza vien tirata per le lunghe, finchè il profondo esaurimento delle forze, le estese aderenze, o le modificazioni sopravvenute nel tumore rendono naturalmente assai più grave il pronostico di un'operazione (Boinet (1), Peaslee (2)).

Sino a non molto tempo fa, la puntura figurava in prima linea fra i metodi di cura dei tumori ovarici. Ancora nella prima edizione di questo libro la puntura è indicata come il più comune mezzo di cura dei tumori ovarici. Della puntura esplorativa abbiamo già parlato a

(1) Malad. des ovaires, p. 114.
(2) L. c., p. 189.

proposito degli espedienti diagnostici; come mezzo di cura dei cistomi non si può seriamente raccomandarla.

Sono ben noti non pochi casi di idrope del follicolo di Graaf, guariti dopo una sola evacuazione del contenuto. Così pure si è osservata da molti la guarigione di cisti del legamento largo dietro un' unica puntura. Però, di fronte al gran numero di tumori ovarici, questi casi contano quasi niente, e se si riflette, come già abbiamo fatto, alle possibili tristi conseguenze di una puntura, sarà per lo meno assai dubbio se questo procedimento meriti davvero di occupare tanto posto nella terapia. Anch' io ho una discreta esperienza di questo genere di cura; ho assistito ad un gran numero di punture, e qualche volta ne ho eseguite io stesso.

La puntura si può fare senza narcosi, in una posizione comoda, sulla sedia, sul tavolo d' operazioni, sul letto. La si eseguisce con un trequarti che porta, come quello di Thompson, un apparecchio di chiusura, cosicchè ritirando lo stiletto la cannula è protetta contro l'entrata d'aria, oppure si aggiunge una membranella, come si fa pei trequarti da toracentesi.

Prima della puntura si adatta intorno al tronco una fascia formata di fazzoletti cuciti l'uno coll'altro all'estremità: i due capi della fascia vengono svolti e incrociati attorno al ventre. Le estremità si affidano ciascuna ad un assistente, per esercitare con esse una pressione uniforme sull'addome. Per la puntura si sceglie un punto ove sia ben netta la fluttuazione. Si consiglia di scegliere di preferenza la linea alba, e, svuotata la vescica, di infiggere il trequarti più vicino che sia possibile alla sinfisi pubica. Il punto dove dovrà cadere il trequarti sarà prima disinfettato, e disinfettato anche il trequarti, lo si impianterà con un colpo piuttosto energico. Di solito non occorre narcosi, che sarà bene evitare anche in vista della frequente insorgenza di lipotimia col progredire dello svuotamento. Non bisogna mai estrarre d'un sol tratto grandi quantità di liquido. Sarà bene di operare con qualche pausa, durante le quali si porgeranno alla paziente degli eccitanti. Quando lo svuotamento è quasi completo, si ritira la cannula, si copre la puntura fatta con un pezzetto di cerotto, si applica al disopra la fascia strettamente serrata, e si riporta a letto la paziente.

Il momentaneo sollievo di solito, poco dopo cede il posto ad una nuova raccolta di liquido. La riproduzione del liquido non manca quasi mai, e può procedere in modo assai diverso: può durare per mesi e può compiersi entro pochi giorni. Gli altri pericoli della puntura li ho già enumerati. Di solito il liquido si riproduce rapidamente e rende necessario un nuovo svuotamento. È noto come in alcune malate si fecero oltre a cento punture, nel mentre le infelici precipitavano verso la fine per crescente cachessia.

In vista di questo incompleto esito della puntura, si è già da parecchio tempo proposto di determinare una riduzione del tumore mediante iniezioni di liquidi irritanti, e specialmente di tintura di iodio; e se ne citarono anche qua e là dei buoni risultati. Nei casi in cui ho assistito a tentativi di questo genere fatti da mio padre, la reazione fu per lo più assai violenta; il sacco si riempì rapidamente di un liquido sieroso, svuotato il quale subentrò una specie di raggrinzamento del tumore, che però non fu mai durevole. In altri casi si ebbero anche gravi fenomeni di intossicazione iodica; anzi in un caso la rapida suppurazione della cisti e la morte che ne fu conseguenza erano senz'altro da mettersi in rapporto coll'iniezione di tintura iodica. Appunto in vista della quasi immancabile reazione da parte della parete cistica alla iniezione iodica, io mi dichiaro apertamente contrario a questa cura, perchè se una semplice puntura non impedisce sempre la cura ulteriore ed una eventuale laparotomia (io non sono pienamente d'accordo con Knowsley-Thornton nell' ammettere peggiorata la prognosi per le punture pregresse), l'iniezione di tintura di iodio, determinando un'infiammazione della cisti, non può che peggiorare certamente le condizioni per una operazione radicale.

Un terzo metodo è quello di portare la cisti ad atrofizzarsi per mezzo di una incisione e successivo drenaggio. Ho visto molti casi trattati con questo metodo ed anche alcune guarigioni. Si trattava di casi di aderenze estese della superficie della cisti colle pareti addominali, in cui non sembrava possibile isolare il tumore. Un caso di questo genere l' ho visto quando ero assistente di mio padre; guarì dopo ripetute lavature con soluzioni fenicate più o meno concentrate, e ancor oggi dopo più di 14 anni vedo sovente la signora che portava la cisti. Colla stessa cura guarì pure un altro caso dello stesso genere. Un terzo caso della pratica di mio padre, e due nella mia propria clientela, li ho pure osservati sino alla fine. Nell'ultimo caso di mio padre ed in uno dei miei venne in scena setticoemia. Nell'ultimo dei miei casi la morte seguì per aumento nella cachessia; la paziente soccombette alla comparsa di diarrea colliquativa ed al deperimento generale, senza che nel lungo decorso della cura, durata due mesi, si manifestassero forme settiche. In questo caso però il cistoma era degenerato in cancro. Nei primi quattro casi il drenaggio fu posto attraverso alla ferita addominale. Negli ultimi due lo si praticò contemporaneamente anche dalla vagina.

Come si vedrà anche da quanto dirò sulla prognosi dell'ovariotomia, la *terapia* dei cistomi ovarici può consistere soltanto nella loro estirpazione. E non bisogna attendere finchè il tumore abbia raggiunto un certo volume o eserciti un'influenza dannosa sulle condizioni generali: pensando a tutte le eventualità cui abbiamo visto poter andar contro i tumori ovarici, alle molteplici alterazioni e degenerazioni maligne, non sarà mai troppo precoce l'intervento operativo.

Il numero complessivo delle ovariotomie da me fatte fino alla fine del gennaio 1887, comprese per analogia le estirpazioni di ovaie sane e di cisti del legamento largo, ammonta a 208. Di questi

136 erano cistomi
25 casi di ovarite cronica
9 di tumori dermoidi
14 di tumori solidi
12 di cisti del legamento largo.

In fine in 12 casi si esportarono a scopo di castrazione le ovaie quasi sane.

I dettagli di questi 208 casi si stanno ordinando per la pubblicazione: è un lavoro che presenta speciali difficoltà, volendovisi comprendere anche l'ulteriore destino delle operate.

Riguardo all'ovariotomia vedi più avanti.

3. I tumori dermoidi dell'ovaio.

I dermoidi si distinguono dai cistomi, perchè in essi non solo sono interessati gli elementi ghiandolari dei tubi di Pflüger, ma ha luogo anche una partecipazione del foglietto esterno, come fu dimostrato da His (1). A questo si devono far risalire gli elementi della cute che si trovano nei dermoidi, mentre l'adipe, le ossa, i denti, ecc., derivano dal foglietto medio, che piglia pure parte all' introflessione del cordone assile.

Le ricerche istituite da Flaischlen (2) su di un piccolo tumore ovarico, dalle quali egli trae la conclusione che gli epitelî piatti dei dermoidi con tutti i loro derivati originano dagli elementi ghiandolari dei tubi di Pflüger, sono rimaste finora, a quanto mi sembra, affatto isolate. L'ipotesi di His invece illustra benissimo il caratteristico reperto delle cisti dermoidi.

I dermoidi, che devono perciò considerarsi come tumori congeniti nello stretto senso della parola, raggiungono di rado un volume notevole, se si eccettuano i casi in cui si rigonfiano subitamente fino ad assumere le proporzioni di un voluminoso cistoma per decomposizione del contenuto, o per emorragie o suppurazione. La loro parete risulta da strati di connettivo, che verso la interna cavità della cisti presentano un rivestimento analogo alla cute con epitelio pavimentoso stratificato, sotto al quale si trovano cellule nucleate piatte e tondeggianti, insomma una vera formazione cutanea. L'epidermide o lo strato più vicino di tessuto porta in alcuni punti delle manifeste papille, che però non sono regolar-

(1) Archiv f. mikr. Anatomie 1865, I.
(2) Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. VI, p. 127.

mento disposto come nella cute esterna. Al disotto si trova una specie di strato adiposo che riunisce lo strato cutaneo alla tonaca connettivale. In questa cute si trovano bulbi piliferi e ghiandole sebacee, e in taluni casi anche ghiandole sudorifere. Friedländer (1) ha dimostrato che da queste ghiandole sebacee e sudorifere possono formarsi delle cisti secondarie da ritenzione. Vi si possono incontrare anche delle cisti rivestite di epitelio a ciglia vibratili con contenuto siero-mucoso e con dimensioni talora notevoli. I peli possono raggiungere una notevole lunghezza e rigidezza: sono per lo più rossicci, ma vi si sono trovati anche dei peli neri o grigi. Nelle cisti dermoidi d'antica data trovansi staccati e raccolti in masse e possono riempire coi loro viluppi l'interna cavità della cisti. Fra questi capelli si trova una massa adiposa, ora fluida, ora solidificata. Vi si trovano anche acido ossalico, tirosina, leucina, urea e xantina. Queste masse d'adipe derivano dalla disgregazione delle cellule epidermoidali e dalla secrezione delle ghiandole sebacee. Se il dermoide suppura, il tutto si fonde in una poltiglia densa fetida, mentre in altri casi le masse adipose galleggiano nella parte liquida come grani d'orzo.

Caratteristici sono i denti e le formazioni ossee. La struttura dei denti per lo più è rudimentale, ma si osservano anche intere ossa mascellari coi relativi denti, anzi il numero dei denti può aumentare a più di 100, e se si sta ad un preparato di Rokitansky, nel quale si trovò un dente da latte smosso da uno sottostante, e carioso dalla radice alla corona, si spiega bene anche come, per questa riproduzione dentaria, si possano trovare dei denti rimossi dal loro alveolo e liberi nel contenuto cistico.

In casi rari si trovò sostanza grigia cerebrale e fibre muscolari striate nella parete interna della cisti.

I dermoidi sono non di rado bilaterali. Di solito si impiantano per larga base e hanno estese aderenze cogli organi vicini. È raro trovarli peduncolati e relativamente liberi. È naturale che presso a questi dermoidi possa svilupparsi anche un cistoma. Di queste forme combinate se ne è descritto un certo numero (Flaischlen l. c.).

La diagnosi dei tumori dermoidi si può fare in modo preciso, quando si possa osservare qualcuno degli elementi caratteristici del contenuto, denti, ecc. Il constatare la presenza di tessuto osseo non deve però bastare senz'altro ad emettere la diagnosi di cisti dermoidi, perchè un aspetto assai consimile a queste cisti può assumerlo una gravidanza extrauterina.

Se è indubbio che un gran numero di questi dermoidi possano ri-

(1) Virchow's Archiv. LVI, p. 365. Per la letteratura più antica vedi Pauly, Beitr. der Gesellsch. f. Geburtsh. 1875, IV. — Cousin, Thèse de Paris, 1877.

manere affatto innocui e venir constatati solo accidentalmente come reperti secondarî all' esplorazione o all' autopsia, possono però per alterazione del contenuto dar luogo a notevolissimi disturbi.

In seguito a fusione del loro contenuto, i dermoidi al pari dei cistomi hanno disposizione a riversarsi negli organi vicini. Se si aprono verso il retto, la vescica, l'utero, la vagina o la parete addominale, la diagnosi è data dalla fuoruscita della poltiglia contenente denti e capelli.

Terapia. — In vista delle frequenti aderenze si propose di svuotare in questi casi i dermoidi, dilatando l'apertura fattasi spontaneamente. Se ciò è possibile dalla vagina o dalla parete addominale, non si può certo negare al processo una certa semplicità. Ma in tutti gli altri casi sembra miglior partito il mettere allo scoperto il tumore con tutte le cautele antisettiche, scioglierlo accuratamente dalle sue aderenze, ed esportarlo. Eventualmente si adotterà quel processo di cui dovrò più estesamente occuparmi a proposito delle aderenze delle cisti ovariche, che consiste nel chiudere con sutura verso l' addome la cavità che risulta dallo snucleamento della cisti dermoide, dopo aver collocato un drenaggio attraverso alla vagina. I tentativi per ottenere in altro modo la regressione di queste cisti sono assai poco efficaci.

Finora io ho operato 9 tumori dermoidi.

4. Tumori solidi dell'ovaio.

Fra i tumori solidi dell'ovaio si comprendono i fibromi, i carcinomi ed i sarcomi, sebbene in tutti questi non sia esclusa la possibilità di qualche formazione cistica. I tumori solidi dell'ovaio (1), in confronto ai cistomi, sono sempre rari. Leopold calcola la loro frequenza relativa all' 1 1/2 %. Io su 208 casi ho operato 14 tumori solidi. Tutte queste varietà hanno la particolarità di una insorgenza bilaterale assai più frequente che nei cistomi. Di solito non raggiungono il volume di un cistoma ed hanno forma tondeggiante più o meno allungata, corrispondente alla forma di un ovaio ingrossato. Hanno per lo più una speciale disposizione del peduncolo, nel quale la tuba viene compresa più tardivamente che nei cistomi. Sono poco disposti alla formazione di aderenze, probabilmente per la facilità con cui dànno luogo alla insorgenza di ascite.

---

(1) Th. S. Lee. von den Geschwülsten der Gebärmutter, Berlin 1818. — Virchow, Tumori III, p. 222. — Ingham, Amer. Journal of Obst. VI p. 106. — Sp. Wells, Diseases of the ovaries, 1870. — Leopold, Arch. f. Gyn. VI e XIII. — Coe, American Journal of Obstetr. 1882, XV, p. 561.

A. Fibroma dell' ovaio.

I rarissimi fibromi possono raggiungere proporzioni colossali. Nel giugno 1886 ho esportato in una donna le due ovaie, degenerate in mixofibromi del peso complessivo di gr. 2500 (1).

I fibroidi rappresentano una ipertrofia uniforme dell'ovaio, con conservazione della sua forma e delle sue connessioni col legamento largo (2). Virchow ha trovato in questi tumori scarse fibre muscolari lisce; ma questa presenza deve essere assai rara, e per lo più il tumore risulta di connettivo fibrillare. Non è esclusa la possibilità di uno scambio con túmori uterini, anzi Schröder (3) dice essere ancora dubbio se i veri fibromiomi non derivino sempre dall'utero: solo i fibromi puri potrebbero essere di provenienza ovarica. L' osservazione di Waldeyer (4) di una struttura completamente otseoide, e l' ossificazione del tumore descritta dal Kleinwächter (5) appartengono ai fatti eccezionali. Rokitansky, Klob e Jenks (6) descrivono lo sviluppo di piccoli fibromi da un corpo luteo.

I fibromi non dànno luogo ad alcun sintomo caratteristico; è di regola in essi la produzione di ascite. In rari casi possono in qualche punto fondersi o suppurare; queste alterazioni si verificano di preferenza in seguito ad un puerperio. Una sicura diagnosi non si può stabilire. La prognosi non può dirsi infausta, perchè questi fibromi di solito crescono lentamente o si arrestano affatto nel loro sviluppo. La terapia non può consistere che nella ablazione del tumore, colla quale di solito si guarisce anche l'ascite.

B. Carcinoma dell'ovaio.

Si devono distinguere i carcinomi primitivi dalle degenerazioni carcinomatose che si verificano in grembo ai cistomi. Il cancro primitivo dell'ovaio non è legato all'età matura come il cancro di altri segmenti del canal genitale.

Si presenta come una infiltrazione diffusa dello stroma, cosicchè l'ovaio, conservando quasi la sua forma, è mutato in un' unica massa cancerosa che può raggiungere grande sviluppo: oppure in forma di nodi che mutano l'ovaio in un tumore bernoccoluto.

Quale forma secondaria di degenerazione cancerosa si possono con-

(1) Orthmann, Soc. di Ost. e Ginec. 25 giugno 1883
(2) Spiegelberg, Monatschr. f. Geburtsk. XXVIII, p. 415.
(3) Schröder, trattato, VII ed., p 436.
(4) Waldeyer, Archiv. f. Gyn., II, p. 440,
(5) Kleinwächter, ibid. p. 171.
(6) American Journal of obstetrics VI, p. 107

siderare le vegetazioni papillari che partono dalla superficie dell' ovaio e, provvisto di epitelio cilindrico, si ramificano e formano delle escrescenze a cavolfiore (1). Per lo più danno luogo presto ad ascite, infettano i tessuti vicini, e danno così a conoscere chiaramente il loro carattere maligno. La degenerazione carcinomatosa dei cistomi si fa appunto in forma di vegetazioni papillari, o in quella di un cancro ghiandolare nel tessuto stesso del cistoma.

Lo sviluppo di focolai cancerosi nell' ovaio irrita sempre ad alto grado il peritoneo, sicchè non manca quasi mai l' ascite e la peritonite cronica. Più comune di quanto vogliono gli autori è per me l'insorgenza di nodi disseminati ad una certa distanza e in apparenza indipendenti l'uno dall'altro, che si formano ora nel mesenterio, ora nel gruppo delle ghiandole linfatiche retroperitoneali. Ho incontrato con notevole frequenza anche alterazioni dell' omento, che viene a distendersi fra le anse intestinali e la parete addominale in forma di una massa spessa e nodosa, o che, atteggiato a nodi isolati, forma tumori di forma particolare ed atipica. Per molti di questi casi resta certamente il dubbio se il tumore ovarico, che di regola vi si riscontra, è primitivo o secondario (2).

I *sintomi* del cancro dell'ovaio spesso restano latenti a lungo. Si nota poi un accrescimento rapido, i fenomeni di peritonite cronica, marasma, occlusione intestinale. Se l'ascite aumenta notevolmente, il quadro dell' esaurimento può esser dominato dai disturbi che derivano dall'aumentato volume del ventre.

Per lo più la *diagnosi* si fa possibile solo quando le masse hanno già determinato una ragguardevole raccolta ascitica. Talvolta si sentono dei nodi distinti nello spazio del Douglas, prima o dopo lo svuotamento dell'ascite, e si può abbastanza bene delimitare l' ovaio sformato in un modo caratteristico. In altri casi si può constatare nettamente l'esistenza di nodi in corrispondenza al peritoneo parietale, il che autorizza il sospetto, se non una diagnosi di certezza.

Finora ho estirpato 8 tumori ovarici carcinomatosi, fra cui 2 papillomi ed un mixoma. Fra i 28 casi di incisione esplorativa con puntura del tumore, o con chiusura della cavità addominale senz' altra operazione, figurano 22 casi di cancro. Certo sarebbe erroneo servirsi di questa cifra per fare un computo statistico, perchè in un gran nu-

---

(1) Gusserow ed Ebert, Virchow's Archiv. vol 43, p. 14. — Klebs, Handbuch der path. Anatomie 1883. — Birch-Hirschfeld, Lehrbuch der path. Anat. 1101. — Marchand, l c 1879 fig. 4.

(2) Olshausen, Krankheiten der Ovarien 1880, p 428. — Förster, Verhandl. der Wurzburg, phys med. Gesellschaft X, p. 24. — Thomas, Amer. Journal of Obstetr. IV. — Wittrock. Dissertatio inaug. Erlangen 1879. — Cohn, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XII, 1885. — Leopold, Deutsche med. Wochenschr, 1887, n. 4.

mero di questi casi non si poteva accertare il punto di origine del cancro.

Nella statistica raccolta da Cohn (col materiale di Schröder), si è illustrata in modo assai interessante la prognosi del carcinoma ovarico. Se prendiamo le cifre riportate da Leopold al principio del 1887, si vede che, operando in tempo debito, quasi nel 20 % si ottenne una guarigione durata per più di un anno. Per un giudizio definitivo occorrerebbero però delle cifre più cospicue. Ma si può già affermare con sicurezza che: 1.° il cancro dell'ovaio è relativamente frequente (16,6 %); 2.° è dimostrata la possibilità di guarigione, facendo l'ablazione a tempo debito; 3.° anche per questo motivo sarà bene fare più presto che sia possibile l'esportazione dei neoplasmi ovarici, anche se sono ancora piccoli, e se danno luogo a pochi disturbi, come raccomanda pure Köberle (Gaz. mèd. de Strasbourg 1877, N. 3) ed io stesso dall'anno 1878.

Una *terapia* del cancro dell'ovaio sarà efficace solo se si riesce ad estirpare ancora in tempo un tumore affatto circoscritto. In un caso di mia osservazione, in una donna ancor giovane ho esportato un cistoma dell'ovaio che offriva rarissime vegetazioni papillari; quando poi la paziente venne a soccombere dopo un anno e mezzo coi fenomeni di ascite, ebbi occasione di constatare che il peritoneo, specialmente dove corrispondeva il moncone del peduncolo, era perfettamente sano. Invece era profondamente degenerata in cancro la cistifellea, e questa era stata la causa della morte. Pur troppo queste malate non si sottopongono che troppo tardi alla cura. Si deve allora limitarsi ad evacuare il liquido ascitico, o a curare i disturbi in via sintomatica. Se non si riesce, si può tentare di ottenere un miglioramento con ampia incisione.

Quando però il peritoneo è affetto, diventa assai grave ogni tentativo di estirpazione, perchè pare tolta la possibilità di fare un peduncolo e di ottenere una emostasi definitiva.

Se Olshausen riunendo i casi di questo genere insiste sulla cattiva prognosi dell'incisione esplorativa, io per mio conto non posso sottoscrivere a questo giudizio, poichè di 22 incisioni esplorative per cancro dell'ovaio ho visto solo in 4 casi avvenire la morte subito dopo l'operazione, mentre negli altri casi in parte le pazienti sopravvissero fino a più d'un anno dopo l'operazione.

Se si riflette che il rifiuto di ogni atto operativo toglie ogni coraggio alla povera paziente, che si vede condannata ad un male irreparabile, mentre d'altra parte è fuori di dubbio che spesso per l'apertura del cavo addominale si produce un miglioramento, foss'anche transitorio, non parrà ingiustificata una incisione esplorativa, anche se fatta nelle condizioni le più disperate.

C. Sarcoma dell'ovaio.

La forma rarissima di degenerazione sarcomatosa (1) dell' ovaio viene descritta come un sarcoma a cellule fusate derivante dallo stroma connettivo dell'ovaio, o come un sarcoma a cellule rotonde, quale l'hanno descritto Beigel e Olshausen (2). La diagnosi di solito è difficile. Il rapido accrescimento, la precoce comparsa di ascite, la peritonite cronica e la cachessia, cui va incontro la paziente, desteranno il sospetto sulla natura del male. La terapia anche qui è di efficacia tanto dubbia quanto nel carcinoma. Finora io ho trovato un solo cistosarcoma.

D. Tubercolosi dell'ovaio.

Una insorgenza primaria ed isolata di tubercolosi dell'ovaio finora fu descritta soltanto da Klob e Sp. Wells (3). Di solito si tratta di una tubercolosi generale del peritoneo e di contemporanea malattia dell'ovaio. Anche Hegar (4) nella sua memoria sulla tubercolosi genitale sopra 6 casi constatati all'operazione non ne riporta alcuno di vera tubercolosi ovarica, sebbene le ovaie per lo più si trovassero malate presso la tuba tubercolosa. Questi casi si distinguono per la tendenza a formare delle idropi saccate, e danno spesso occasione a scambio con tumori, e a laparotomia esplorativa.

L'ovaio si trova coperto più o meno da nodi tubercolosi: è interessato anche il peritoneo, che si trova assai inspessito e vascolarizzato, e aderente in modo affatto atipico alle anse intestinali o ad altri organi. Questi casi di prognosi apparentemente infausta, stando alle mie osservazioni non offrono però quegli immediati pericoli che si potrebbero indurre dalle apparenze. Finora ho operato nove di questi casi; tutte si sono riavute dall'operazione, e di tre sento ancora che ebbero per l'operazione un notevole miglioramento. Ho avuto occasione di rivederle; si sono riavute e lasciano l'impressione che l'atto operativo abbia avuto sulla malattia un'influenza favorevole. Esperienze analoghe fecero Schröder e Küster (5), i quali autori fecero in questi casi un uso generoso di iodoformio. Io lo usai una volta sola. Nelle altre mi sono astenuto dall' uso dell' iodoformio e ne sono soddisfatto, perchè anche senza questo mezzo il risultato è stato buonissimo.

---

(1) Wilks, Transact. of the pathol. soc. London X, p 146. — Virchow, die krankh. Geschwülste, I, p. 269. — Leepold, Arch f. Gyn. VI.

(2) Beigel, Krank. der weibl. Geschlechtsorgane 1874, p. 410. — Olshausen, Krankh. der Ovarien 1886, p 420. — Klob, Path. Anat. der weiblichen Sexualorgane p. 372.

(3) Klob, l. c., p. 372 — Spencer Wells, l. c., p 64.

(4) Stuttgart 1886.

(5) Küster, Società di Ost. e Gin. in Berlino 1880.

5. L' ovariotomia.

La storia dell'ovariotomia è interessante al più alto grado, perchè questa operazione, che con poche altre è in grado di liberare con sicurezza da un male pericoloso alla vita, e, toltine i casi di ovariotomia doppia, concede una quasi completa restitutio ad integrum, si è portata all'odierna altezza in un periodo di tempo relativamente breve. Dopochè già nel 17° secolo Schorkopf (1) aveva pensato alla possibilità di estirpare l'ovaio, e l'operazione era stata incidentalmente eseguita da diversi autori, spetta indubbiamente a Ephraim Mc. Dowell (2) nel Kentucky il merito di aver pel primo eseguito una ovariotomia dietro un piano prestabilito. Egli era allievo di Iohn Bell in Edimburgo, e fu dietro proposta del maestro che ideò questo processo (1809). L' operazione si fece strada a poco a poco in America, dove per opera di Atlee (3), Kimball e Peaslée (4) entrò nel campo delle operazioni universalmente accettate; pure anche là non fu che nel 1865 che vennero vinte tutte le opposizioni sollevate contro di essa.

È notevole l'unica modificazione suggerita dagli operatori americani in tutto questo periodo di tempo; quella cioè di far uscire in vagina i fili della legatura a mezzo di un ago passato attraverso al fornice (A. March). Del resto dalla maggioranza era accettato il trattamento intraperitoneale del peduncolo. In Edimburgo la prima ovariotomia fu fatta da Lizars (5) nel 1824. Senza omettere i nomi di West, di Warner, di Ch. Clay (6), di Bird (7), di Baker Brown (8), è certo che a Sir Thomas Spencer Wells (9) tocca l' onore di aver veramente generalizzato l'operazione. Egli ha elevato a metodo generale la riduzione della ferita addominale alla misura necessaria, il modo di fissare il peduncolo extraperitoneale, la sutura della ferita addominale comprendendovi il peritoneo; e col perfezionare la tecnica operativa si è fatto il maestro di quasi tutti gli ovariotomisti. In Germania la prima operazione fu fatta da Chrysmar in Isny (Würtemberg) nel 1819; parecchi altri tentarono con più o meno successo, e indipendentemente l' uno dall' altro, l' ardita impresa; tuttavia un chirurgo del valore di Dieffenbach ha

---

(1) Schorkopf, diss. inaug. Basel 1685.

(2) Ephraim Mc. Dowell, London med. Gazette V p. 35. Eclect. repertory and analyt. rewiew Philad. October 1818. — Vedi anche Lawson Tait, the pathol. and treatment of diseases of the ovaries, London 1874.

(3) Atlee, Amer. Journal of. med. sciences XXIX.

(4) Peaslee, Ovarian tumors 1872.

(5) Lizars, Edinb. med. and surg. Journal, October 1824.

(6) Ch. Clay, Med. Times 1842, VII.

(7) Bird, ibidem, Agosto 1843.

(8) Baker Brown, Transact. obstetr. soc. London 1866, VII.

(9) Sp. Wells, Dubl. quart. Journal 1859. Diseases of the ovaries, London 1872.

creduto di dover respingere l' operazione come ingiustificata e troppo pericolosa.

Stilling nel 1841 (1), perciò prima di Spencer Wells, ha raccomandato il trattamento extraperitoneale. Anche E. Martin (2) nel 1849 e nel 1851 adottò con successo lo stesso procedimento. L' inglese Duffin pare che abbia pure usato la fissazione extraperitoneale indipendentemente dagli autori tedeschi, ed Hutchinson nel 1858 proponeva il primo *Klammer*.

La Francia si oppose per lungo tempo all'ovariotomia, e, astraendo da alcuni tentativi non molto fortunati, i primi e brillanti successi datano da Köberle (3), che nel 1864 riferiva già di 12 operazioni, delle quali 9 con esito felice. Oltre a lui, eseguì ovariotomie su larga scala Péan (4).

Mentre Spencer Wells colla sua meravigliosa tecnica, Thomas Keith (5) colla sua eccezionale accuratezza nell' operazione, Peaslee e Köberle colle modificazioni proprie ottenevano risultati discreti, il tentativo fatto da Sims (6) nel 1874 per migliorare la prognosi dell' operazione mediante il drenaggio profilattico dello spazio del Douglas trovò poco favorevole accoglienza.

In Germania si opposero a questa proposta prima Hegar (7) (a differenza di Olshausen) (8), poi più di tutti Schröder (9). Lo slancio preso ai nostri giorni dall'operazione data dall' introduzione del metodo antisettico, che per opera specialmente di Hegar, Schröder e Säxinger fu posto come base all'ovariotomia, coll'adozione dei precetti di Lister. Secondo questi, l'essenziale in ognuna di queste operazioni deve essere la più scrupolosa cura per tener lontani i germi di decomposizione. Dalle cautele in proposito, più che dall'uno o dall' altro tecnicismo operatorio dipenderebbe il successo. Il modo di applicazione lascia però campo a molti dubbii come lo mostrano i risultati di Th. Keith e Lawson Tait, e quelli di Schwarz nei così detti tempi preantisettici, di fronte a quelli ottenuti da Hegar, da Schröder e da me. L' aver liberato l'ovariotomia da questi speciali precetti e dalla necessità di istrumenti speciali è un nuovo acquisto in questo campo.

L' ovariotomia è sempre indicata quando l' ovaio è degenerato, sia

---

(1) Stilling, Holscher's Annalen, Neue Folge I, 1841 e Extraperitonealmethode der Ovariot. Berlino, 1866.

(2) E. Martin, Die Eierstockswassersuchten, Jena 1852.

(3) Köberle, Gaz. hebdomadaire 1866, VII.

(4) Péan, Union méd. 1868.

(5) Th. Keith, British med. Journal 1878.

(6) New-York med. Journal 1872-73.

(7) Hegar, Zur Ovariotomie, raccolta di conf. Volkmann 1877, 109. — Vedi anche Hegar e Kaltenbach, Operative Gyn. 1886.

(8) Olshausen, Berl. klin. Wochenschrift 1876, n. 10 e 11.

(9) Schröder, Sitzungsber. d. phys. med. Soc. Erlangen, maggio 1875.

che formi un tumore già voluminoso, od ancora ai primi suoi stadî. Appena si avvertono i sintomi di questa degenerazione, e all'esame si constata che l'aumento di volume dell'ovaio non è dovuto ad un accidentale tumefazione per processo fisiologico mestruale o per transitoria flogosi, e non ha tendenza a ridursi spontaneamente, ne è giustificata l'asportazione.

In secondo luogo è indicata l'ovariotomia nelle infiammazioni croniche dell'ovaio, se per esse vengono a soffrire le facoltà fisiche e psichiche della paziente, se questa ne viene profondamente turbata nelle sue abitudini di vita e nella capacità al lavoro, e se ogni altra terapia si è dimostrata inefficace. Naturalmente, in un caso di questo genere la donna del popolo dovrà assoggettarsi all'operazione più presto che non la donna della classe agiata, perchè quella deve lavorare e non ha i mezzi per curarsi, mentre questa coi dovuti riguardi e con tutte le immaginabili cure può essere assoggettata a tutti i tentativi terapeutici.

Accanto a queste due indicazioni io non metto la rimozione delle ovaie normali, o castrazione, perchè qui non è più l'ovaio in sè che fornisce l'indicazione, ma una malattia posta al di fuori di quest'organo, su cui si spera esercitare un benefico influsso mediante la castrazione: di essa parleremo più avanti.

Date le esposte indicazioni, l'ovariotomia è giustificata non appena è riconosciuta l'esistenza del tumore e l'inefficacia di ogni altra terapia a portare una guarigione radicale. La prognosi dell'operazione è tanto più favorevole, quanto più presto si esporta il tumore, perchè meno accentuata sarà la vascolarizzazione nella pelvi, meno consumate le forze della paziente per la formazione di aderenze e per le modificazioni in seno al tumore, e meno marcata sarà l'influenza sulla nutrizione della paziente, meno gravi gli eventuali disturbi del circolo e del respiro. Se si aggiunge che le diverse varietà di tumori ovarici sono disposti alle più pericolose trasformazioni, e che la degenerazione maligna è un fatto che si può constatare con una certa frequenza, non si avrà timore di intraprendere l'operazione quanto più presto sia possibile, anche se le pazienti sono relativamente ancora poco sensibili all'influenza del tumore sul loro organismo.

Del resto il numero delle operazioni in questi primi stadî iniziali resterà sempre limitato; è pur troppo un fatto comune che le pazienti si risolvono all'operazione quando sono già in deplorevoli condizioni. Per quanto però infelice sia il loro stato di salute, e le forze sembrino esauste per le aderenze e per gli attacchi intercorrenti d'ogni sorta, l'operazione si potrà sconsigliare solo in due sorta di complicazioni: 1.° quando è evidente il carattere maligno del tumore, e il male non pare più limitato all'ovaio; 2.° quando in altri organi si sono determinate alterazioni tanto gravi da escludere la possibilità di un miglioramento e

perciò nella tisi polmonare, nei vizi cardiaci avanzati, nelle malattie croniche dei reni e del fegato e così via. Prescindendo da queste complicazioni, ritengo mio dovere di operare anche nelle condizioni in apparenza le più sfavorevoli, perchè per lo più sono tali da determinare presto la morte della paziente, mentre l' operazione fornisce ancora un ultima sebben piccola speranza di salvezza.

(La mia statistica deve dunque esser considerata da questo punto di vista, e i suoi risultati compariranno allora nel loro reale valore, perchè i miei casi non sono scelti evitando le difficoltà, le aderenze, gli stati febbrili, ecc.).

Devo poi aggiungere in particolar modo, che, a mio parere, nella complicazione di tumore ovarico e gravidanza l'ovariotomia deve farsi il più presto possibile, se appena il tumore ha un certo volume. Ma anche i tumori piccoli si dovrebbero esportare subito, se influiscono sull' utero o se crescono rapidamente o cadono in decomposizione. Perchè la prognosi di un'ovariotomia durante la gravidanza sembra migliore che non durante il puerperio: in quest'ultimo stato la prognosi è fatta più grave dalle svariate complicazioni che si connettono al parto ed al puerperio.

Riguardo alle oscillazioni nel valutare la prognosi dell'ovariotomia mi rimetto ai libri citati di Spencer Wells, di Hegar e Kaltenbach, di Olshausen, e di Schröder. Quest'ultimo dice (l. c. pag. 430, VII Ed.) che la mortalità oggidì supera appena il 5 per cento. Sarebbe ingiusto il voler confrontare con questa cifra i risultati meno recenti, quali quelli di Leopold (1), che nelle sue prime operazioni, dopo l'adozione dell'antisepsi, ebbe una mortalità del 26 per cento, o quelli dello Slavjanski (2) che ebbe il 24 per cento di mortalità, o quelli di Braun o di Krassowski (3): si può asserire con certezza che anche questi autori, come si desume dal citato rendiconto di Leopold nel 1887, nel frattempo, migliorate le cautele antisettiche, e perfezionata la tecnica operativa, si saranno avvicinati alla cifra assegnata da Schröder (4). Alla fine della prima edizione di questo mio trattato (1885) io riferivo che su 100 operazioni eseguite in serie col metodo antisettico, si ebbe un sol caso di morte per sepsi. Le operazioni nella statistica che fra breve intendo pubblicare in esteso, danno le seguenti cifre: 133 ovariotomie per cistomi: le prime 28 con 6 casi di morte dei quali 5 per sepsi; le ultime 105 con 3 casi di morte, uno per sepsi, uno per embolismo, uno per cancro (3 per 100).

(1) Leopold, Archiv f. Gyn. XXII.
(2) Slavjanski, Archives de Gynéc. 1885.
(3) C. v. Braun, Wiener med. Wochenschr. 1886.
(4) Olshausen, Krankheiten der Ovarien, p. 240. — Schröder Trattato 1886.

25 Operazioni per ovarite cronica (1 morta per collasso).
9 Dermoidi (1 caso di morte per collasso).
14 Tumori solidi (6 casi di morte, di cui 4 per sepsi).
12 Castrazioni (1 morta per embolismo).
12 Cisti del legamento largo (nessuna morte).
3 Ovariotomie vaginali.

in tutto 208 con 18 casi di morte = 8, 5 per cento; di questi 10 per sepsi = 4, 8 per cento. Ma se si tolgono i 6 casi settici delle prime 28 ovariotomie eseguite senza alcuna cautela antisettica, restano 4 casi di sepsi su 180 operazioni.

Nell'eseguire l'operazione si seguono oggidì comunemente i seguenti precetti:

1.° L'operazione deve essere eseguita in modo rigorosamente asettico.

A. La camera dell' operazione dovrà essere preparata lavandone le pareti, il soffitto e il pavimento con sostanze di energica azione disinfettante, tra le quali le più opportune sono i preparati di cloro e di zolfo, l' acido fenico ed il sublimato. L' aria dell' ambiente deve essere completamente rinnovata e saturata a mezzo di polverizzatori colle indicate sostanze antisettiche; altri fanno funzionare lo spray anche durante l'operazione. Io dal 1886 non uso più spray durante l'operazione.

Gli strumenti e gli apparecchi vengono parimente disinfettati; e tutto ciò che è metallico viene arroventato nella sterilizzatrice, e da questa vien portato direttamente nella soluzione disinfettante preparata per l'operazione. Tutta l'acqua da usarsi in questi preparativi e per l'operazione deve previamente esser bollita.

Tutto il personale che piglia parte all' operazione (assistenti e infermieri) dovrà essere al pari dell'operatore immune da ogni contatto con sostanze settiche. Tutti dovranno prima dell'operazione prendere un bagno e mutarsi completamente d' abiti. Io ho adottato per questo scopo un vestiario in tela che, usato una volta, si può lavare. Oltre alle generose lavature con sublimato o acido fenico, invito tutti coloro le cui mani devono venire in contatto colla paziente a stropicciarsi le mani col succo di limone, che conferisce alle unghie un colore bianco splendente.

B. Il personale di assistenza dovrà esser limitato quanto più è possibile. Oltre all'incaricato della narcosi, occorre un solo aiuto diretto. In mancanza di un aiuto esperto e di fiducia che lavi le spugne e porga gli istrumenti, può occuparsene l'operatore stesso.

C. L'armamentario e tutto il materiale da usarsi nell'operazione è riservato a queste laparotomie. Gli istrumenti sono: 1 bistorì, 1 paio forbici, parecchi aghi grandi e piccoli, un port'aghi, alcune pinze uncinate e di Muzeux, una grossa pinza a polipi, alcune pinzette e pinze emostatiche. Molti ricorrono anche al trequarti di Spencer Wells (fig. 203) e alla

pinza di Nelaton (fig. 204), apparati complicati che io ho già abbandonati come superflui da parecchi anni. Questi strumenti tolti dalla sterilizzatrice si collocano subito in una soluzione al 2 per cento di acido fenico (Per gli altri apparati, in uso per fissare o per cauterizzare il peduncolo, vedi Olshausen. Malattie dell'ovaio 1886 pag. 214 e seg.). Per asciugare e pulire servono o spugne finissime o pezzi di garza, di cotone, di lana vegetale. Le spugne sono preparate appositamente per

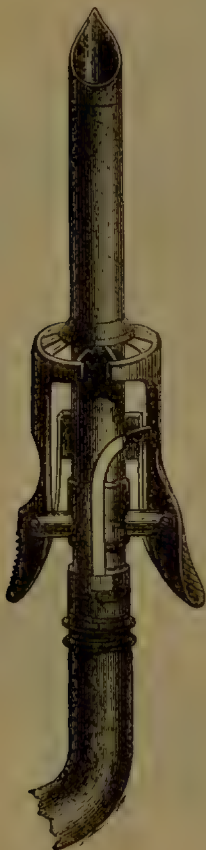


Fig. 203. — Trequarti di Spencer Wells.





Fig. 204. — Pinza di Nelaton.

ogni caso (bollitura, immersione in acidi, di nuovo bollitura, lavatura con acido fenico, bollitura). Ne occorrono 1-2 grandi e piatte, 6-8 piccole. Queste ultime per comodità di maneggio saranno fissate entro porta-spugne. Siccome tutti gli strumenti provvisti di complicati apparecchi di chiusura sono difficili a disinfettarsi, adopero per porta-spugne delle robuste pinze uncinate con fermaglio a cremaillière come quelle di Hegar, modificate nell'articolazione in modo da poterne agevolmente separare le branche. Per materiale di legatura e sutura si usano di preferenza seta e catgut. Per la preparazione della seta lo Czerny ha dettato speciali precetti, così pure il Küster pel catgut. La seta intrecciata

i Turner, di cui mi servo in tutte le operazioni ginecologiche, si con·

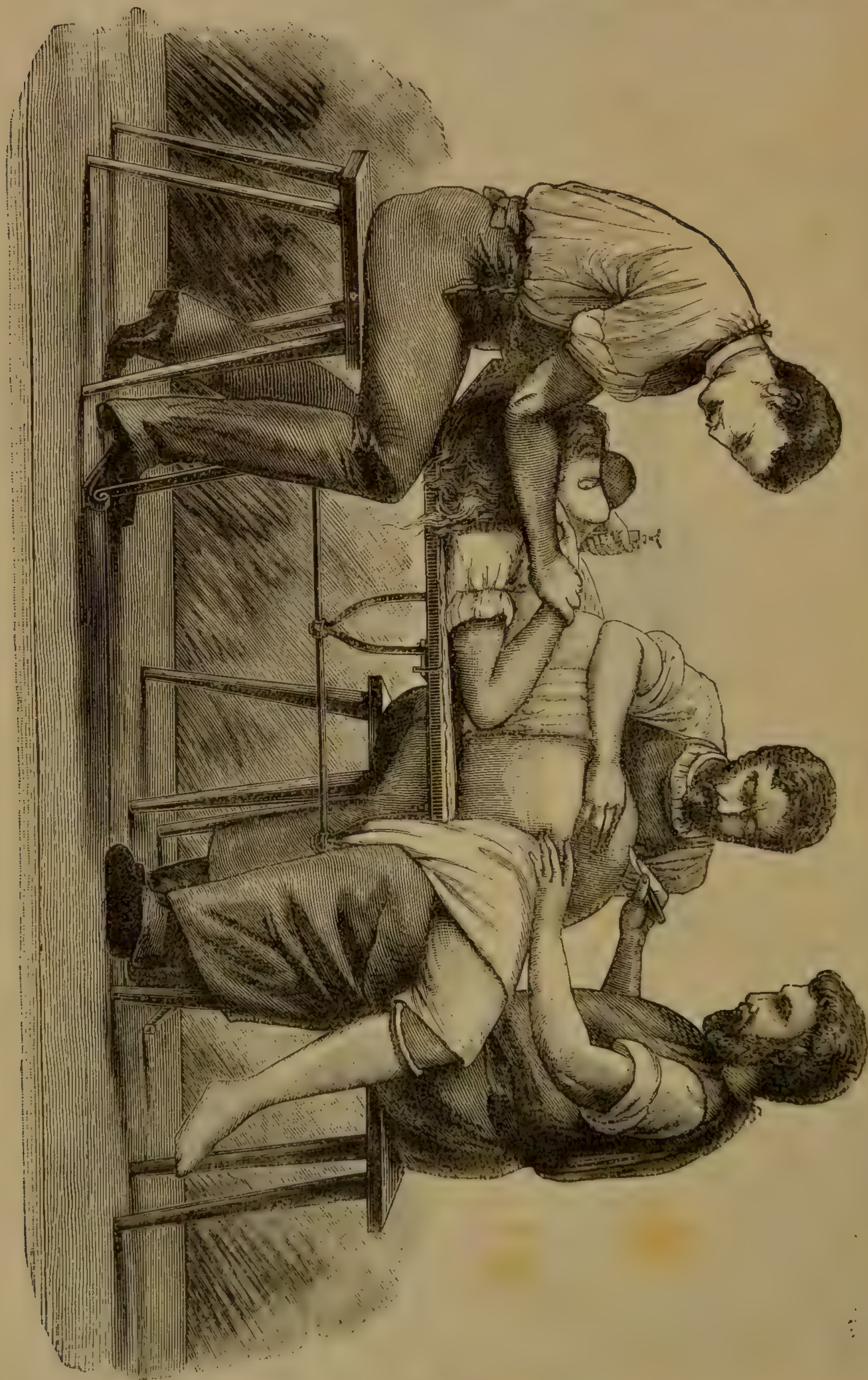


Fig. 205.

serva aggomitolata su piastrine di vetro in una soluzione fenica al due per cento fino al momento di servirsene.

D. La paziente riceve la sera prima un semicupio con soluzione fenica. Si disinfetta energicamente la vagina. Portata la paziente addormentata sul letto d'operazione si lava ancora il ventre con succo di limone, poi con soluzione di sublimato corrosivo (1 : 2000). In date circostanze faccio anche radere i peli al pudendo.

Chi sia ammesso ad assistere all'operazione deve astenersi per quel giorno da ogni contatto con sostanze settiche, prendere un bagno e mu-

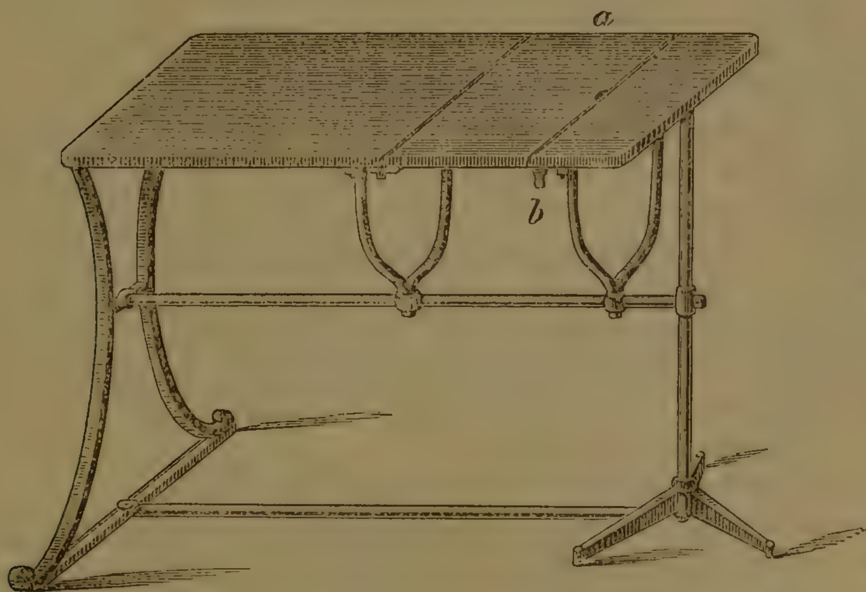


Fig. 206. — Tavolo per laparotomia della Sig. Horn.

tarsi d' abito. La temperatura della camera di operazione per solito si eleva tanto da rendere superfluo un previo elevato riscaldamento. Una volta l'operazione si voleva eseguire solo in ambienti riscaldati a 24° R.

2.° L' operazione deve procedere colla massima rapidità. A questo scopo i preparativi devono essere diligenti e minuziosi, in modo che durante l'operazione il personale assistente abbia sottomano tutto ciò che occorre, senza alcun indugio.

All'andamento rapido dell'operazione contribuisce non poco anche la posizione della paziente. Dopo aver ricorso alle più diverse posizioni oggidì il maggior numero degli operatori procede, secondo il consiglio di Spencer Wells, stando a lato della paziente: l'aiuto diretto si colloca dall'altro lato: l'operatore tiene presso di sè gli strumenti e le spugne disposti su di una tavoletta. Io, secondo il metodo di Péan, opero da seduto (fig. 205); la paziente vien posta su un tavolo d'operazione co-

strutto su modello suggerito dalla signora Horn (1) (fig. 206), e presso al capo si colloca l'assistente cloroformizzatore.

Io siedo fra le gambe della donna, che vengono a poggiare sulle mie ginocchia: occorrendo si potrebbe ricorrere ad un sostegno per le gambe come quello ideato da Fritsch.

3.° L'operazione dovrà terminare colla chiusura completa della cavità addominale. Il mezzo più opportuno per ottenerla è il trattamento intraperitoneale del peduncolo. Ma anche coll'extraperitoneale si può ottenere una chiusura perfetta del cavo peritoneale.

La paziente viene cloroformizzata, e disposta opportunamente: si fa il cateterismo e la disinfezione locale, indi comincia il primo atto dell'operazione.

1° Incisione rapida delle pareti addominali sulla linea alba. I vasi che dànno sangue vengono stretti con pinze emostatiche e chiusi per torsione. Solo quando sia arrestata ogni emorragia si solleva il peritoneo con due pinze, e lo si incide. L'incisione prima dovrà misurare da 10 a 15 cent.: per lo più le pareti addominali si incidono un po' più ampiamente. La mano, lavata ancora una volta, viene spinta sotto la parete addominale per distenderla affine di poter estendere l'incisione: l'ampiezza dovrà essere a seconda del caso: in sè la grandezza dell'incisione non ha nulla di pericoloso, mentre un taglio troppo piccolo prepara delle difficoltà all'operatore.

2° atto dell'operazione. — Estrazione del tumore. I tumori non aderenti, di modico volume, si lasciano facilmente sollevare dalla mano introdotta nella cavità addominale. Altrimenti lo si caccia fuori premendo colle mani appoggiate all'esterno e in basso ai lati del ventre, o lo si rialza colla mano portata in vagina. I tumori più voluminosi spesso non si possono estrarre se non diminuendone il volume. Per far ciò molti pungono il cistoma con un trequarti o con uno strumento analogo. Al trequarti di Spencer Wells si ritira lo stiletto dopo l'infissione, sicchè la punta viene ad esser protetta dalla guaina. Le morse uncinate che stanno ai lati della guaina afferrano la parete cistica, che può così venir estratta. Al pari di altri io impiccolisco il tumore solo quando non si può estrarlo intatto; ed anche in questi casi non faccio uso di trequarti, ma impianto il bistorì nella parte anteriore della cisti, mentre l'assistente comprime sul tumore le pareti addominali e previene così, per quanto è possibile, l'ingresso del liquido nel cavo addominale, al che però io non do poi un'eccessiva importanza.

Quando è finita una sufficiente quantità di liquido si torna a chiu-

---

(1) Io ne faccio uso dal 1881: fu presentato all'esposizione medica del 1886: il tavolo è in metallo, facile a mantenere asettico. La parte mobile del tavolo permette la comoda applicazione di ogni genere di fasciatura. Per chi voglia operare stando in piedi è necessario allungare un po' di più le gambe del tavolo.

dere l'incisione con una pinza emostatica, e si estrae il tumore servendosi al bisogno di una pinza Muzeux o di una pressione esercitata attraverso alla vagina da un assistente.

Molto spesso, estratto il tumore, le pareti addominali si riuniscono dietro esso tanto strettamente, che le anse intestinali non hanno alcuna tendenza a fuoruscire, e solo il peduncolo si fa strada attraverso la ferita. Altrimenti l' assistente potrà facilmente trattenere le anse, addossando strettamente i margini della ferita al peduncolo del tumore (Riguardo a maggior fuoruscita di anse, vedi più avanti).

3° atto dell'operazione. — Trattamento del peduncolo.

a) Per trattare il peduncolo extraperitonealmente, lo si dispiega e lo si stringe in un *Klammer* (fig. 207) (Vedi alcuni di questi *Klammer* in Olshausen, Krankheiten der Ovarien, pag. 245 e seg.). Al disopra del Klammer il peduncolo viene tagliato col coltello galvanico o col Paquelin, oppure col bistorì, per poi cauterizzare la sezione con un caustico potenziale. Il Klammer col suo contenuto vien poi fissato entro o sopra la ferita dell' addome. Un metodo più antico è quello indicato da E. Martin (l. c.) nel 1852; riguardo ai più recenti, vedi Spencer Wells ed Hegar (l. c.).

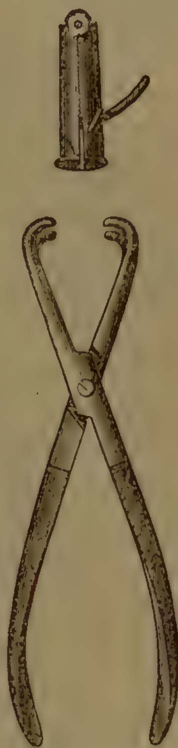


Fig. 207. — Klammer di Spencer Wells.

b) Il metodo intraperitoneale è tornato oggidì in grandissimo favore, anzi può dirsi l'unico giustificato, perchè è soltanto esso che pone un termine immediato all'operazione, e ristabilisce, per quanto è possibile, le parti nei loro rapporti normali, cosicchè non diventa necessario un periodo speciale di tempo per la guarigione del peduncolo, nè si avverano anormali stiramenti di parti nel cavo peritoneale. Anche in questo caso si dispiega il peduncolo, e lo si stringe segmentandolo con fili robusti applicati con un ago Deschamps o con aghi comuni. Si eviteranno le legature in massa soverchiamente voluminose, perchè altrimenti quando si taglia il peduncolo è facile che le parti periferiche, e specialmente il margine del peritoneo, sfuggano al laccio.

Di solito si stringe il peduncolo, con tutti i tessuti che lo costituiscono. Schröder (l. c.) raccomanda solo di legare i vasi. Th. Keith stringe prima il peduncolo in un *Klammer* provvisorio, lo recide col cauterio, torna a cauterizzare la superficie di sezione, e lo approfonda senza altre legature (Lancet, 15 Aprile 1876).

La tuba per lo più si esporta assieme col tumore, portando una legatura intorno ad essa, a conveniente distanza dall' utero. Questa legatura speciale deve essere diligentemente curata, affinchè non pa ss

nella cavità addominale l'eventuale contenuto purulento della tuba. Poi si esporta il tumore col bistorì o colle forbici, si osserva ancora per un momento il peduncolo, e se non lo si vede perfettamente asciutto lo si stringe ancora con profonde legature in massa.

Oltre a questo semplice procedimento, e alla già accennata causticazione della superficie di sezione, si usa da molti un altro metodo che si propone di rivestire completamente il moncone col peritoneo. Con una sutura continua al catgut di solito si riesce facilmente a coprire il peduncolo col peritoneo, che alla sua periferia è assai spostabile. Nei peduncoli piuttosto voluminosi questo metodo è raccomandabile. In ogni modo si curerà diligentemente che la parte di moncone che rimane al disopra della legatura non sia troppo piccola. Questa parte si retrae subito appena staccato il tumore; le legature possono allentarsi, e in alcuni casi subito, in altri dopo qualche tempo si manifestano emorragie dal peduncolo, che si devono ritenere per molto pericolose. Se l'emorragia cessa, si introduce la mano nel cavo addominale per esplorare gli altri visceri pelvici. Se questi sono sani, si tagliano i fili: dopo aver dato un'ultima occhiata al moncone si approfonda il peduncolo e si introduce una spugna per esportare il liquido eventualmente introdotto nello spazio del Douglas. Se la spugna rimane asciutta, si passa subito al

4° tempo dell' operazione. — Chiusura della ferita addominale. Sotto la breccia si passa una spugna grande e piatta o un pezzo di garza, e al disopra di questo si pratica la sutura fino ai due punti mediani. I punti profondi si impiantano nella cute dall' esterno, a 1 cent. circa di distanza dal margine della ferita, passano per tutto lo spessore della parete ed escono dalla sierosa in grande vicinanza all' orlo libero del peritoneo, quindi dall'altra parte si impiantano nel peritoneo in vicinanza all' orlo libero, e si fanno escire dalla cute a 1 cent. circa di distanza dalla ferita. Alcuni usano stringere subito ciascun filo, altri mettono prima in posto tutti i fili, e poi li annodano. Riunita la parte superiore e l'inferiore fin verso la metà, si collocano anche i 2 o 3 punti necessarì in questa parte, ma prima di stringerli si estrae la spugna introdotta in cavità, si introduce ancora profondamente una piccola spugna montata, e finalmente, se il cavo addominale non contiene più sangue, espulsa per pressione ad ambo i lati l'aria, si stringono anche questi punti mediani. Fra i punti profondi se ne mettono alcuni superficiali di seta, o catgut, o metallo, per ottenere un esatto cambaciamento della cute.

Riguardo alle diverse suture proposte per la chiusura della ferita addominale, vedi Hegar e Kaltenbach (l. c.). Io di solito metto in media 8-10 punti profondi in seta, intramezzati ciascuno da 1-2 punti superficiali in catgut.

5.° Tempo dell'operazione. — Medicazione della ferita addominale. Dopo che i più hanno abbandonato la rigorosa medicazione Lister, molti

sono passati alla massima semplicità immaginabile di fasciatura dopo l'ovariotomia. Parecchi collocano trasversalmente sull' addome delle striscie di cerotto fra le suture, dopo avere spolverato la ferita con iodoformio, e ricoprono poi il ventre con alcuni strati di garza o cotone. Io, dopo aver pulito il ventre, metto sulla ferita una striscia di seta protectiv, poi parecchi strati di cotone all'acido salicilico al 5 per cento, che vengono tenuti in posto e modicamente compressi mediante giri con

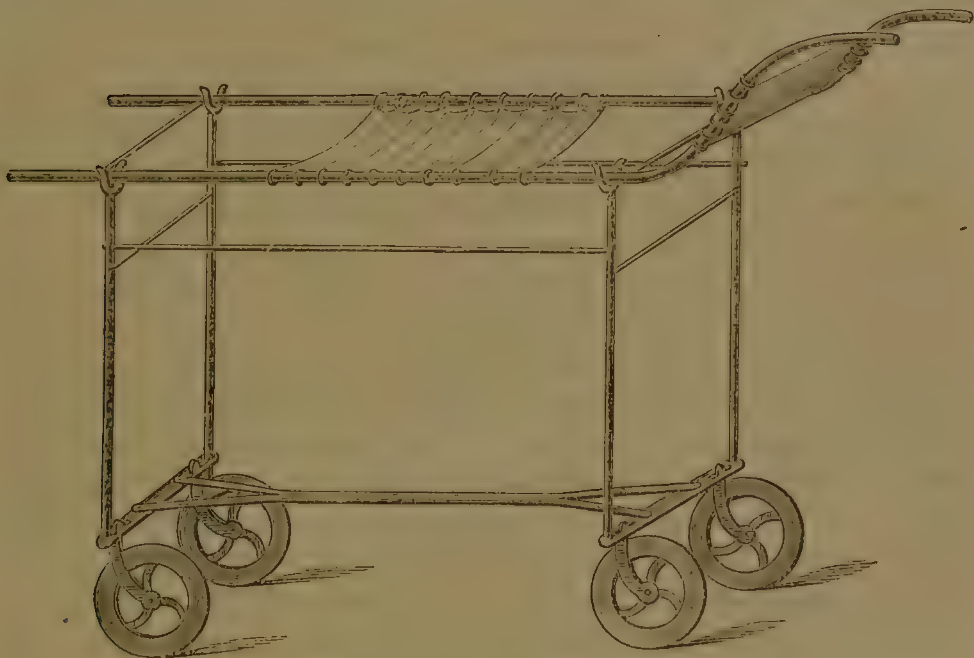


Fig. 208. — Lettiga a ruote della sig. Horn.

bende di garza. Le bende, bagnate nell'acqua fenica e spremute, asciugando si adattano alla forma del corpo, formando una medicazione solida che non disturba quasi affatto la paziente. Questa, avvolta in una coperta di lana, viene riportata a letto (io mi servo della lettiga scorrevole su ruote (fig. 208). Con questa la paziente viene ricondotta nella sua camera passando per locali che abbiano una temperatura uniforme.

Messa nel suo letto, che non è necessario sia isolato, si pone una grossa vescica di ghiaccio sul ventre, bottiglie d'acqua calda ai lati, e si abbandona l'operata affidandola alla sorveglianza di un'infermiera.

Una ovariotomia semplice di questo genere richiede di solito, dall' incisione delle pareti, fino a medicazione completa, soltanto 8 o 10 minuti.

Complicazioni.

Tutti i singoli momenti dell' ovariotomia possono assumere un decorso ben diverso da quello descritto, e presentare ciascuno delle complicazioni.

1.° Prima di tutto talvolta si incontrano non lievi difficoltà da parte delle pareti addominali, non solo per eccessivo sviluppo di adipe, ma anche perchè i diversi strati di grasso possono insinuarsi fra i fasci muscolari e le fascie aponevrotiche e spingersi fino a ridosso del peritoneo. Ne può venire assai difficoltata l'apertura della cavità peritoneale, e si richiede grande prudenza perchè non sfugga la già avvenuta apertura del peritoneo, o per riconoscere se si ha a che fare con un omento assai carico di adipe, o se capitano sotto al bistorì delle anse intestinali. In simili casi ho trovato conveniente di allungare l'incisione che si rende così più beante; del resto procedo nell'incisione tagliando solo quello che si solleva con due pinze, e cerco di aprire rapidamente la cavità peritoneale. È piuttosto raro incontrare difficoltà per notevoli emorragie nello spessore delle pareti, e per arrestarle si ricorre alla torsione o all' allacciatura.

2.° Aperta la cavità addominale, il progredire dell' operazione può essere anzitutto ostacolato dalle aderenze della superficie del tumore cogli organi vicini. Queste aderenze, finchè si limitano alle pareti addominali, si lasciano di solito sciogliere facilmente senza che si abbia grave emorragia dalle superfici staccate. Se un vaso dà molto sangue, lo si allaccia separatamente: se si tratta di superfici sanguinanti, si ricorre con vantaggio ad una sutura speciale circondando l' area sanguinante da 4 parti con un filo. Annodando il filo, il punto da esso serrato si eleva come un bottone carnoso in mezzo al filo stesso sporgendo nel lume della cavità addominale, e l'emorragia si arresta.

Le aderenze colle anse intestinali esigono sempre di essere staccate colla massima cautela, e ciò si deve far naturalmente a spese del tumore: se lembi del tumore restano aderenti alle anse si possono stringere in una legatura e renderli così innocui. Ma se nonostante tutte le precauzioni si lacera la sierosa, o, come ho visto qualche volta, anche la muscolare, si è spesso costretti a frenare l'emorragia ed ancor più a rimediare al difetto di sostanza e renderlo innocuo. In questi casi io tento ravvicinare i margini del peritoneo con *sutura da calzolaio*, o se ciò non è possibile mi contento di arrestare l'emorragia parenchimatosa, toccando il punto sanguinante con soluzione di percloruro di ferro o con olio di trementina. Se la parte aderente è l'appendice vermiforme, e non si riesce a isolarla, taglio corto, recidendo l'appendice al disotto di una legatura. Se una ferita eventuale si spinge fin nel lume dell' intestino bisogna naturalmente procurarne la riunione immediata.

Le aderenze col fegato si osservano piuttosto di rado. Mi ricordo specialmente di un caso nella clientela di mio padre; l' emorragia da lacerazione del fegato fu arrestata col percloruro di ferro; la guarigione seguì senza incidenti.

Molto più difficili sono a trattarsi le aderenze che si trovano nel

piccolo bacino, sia che si tratti di coalito della superficie del tumore col peritoneo pelvico, o che, essendo il peduncolo troppo corto e poco distensibile, l'inserzione venga a trovarsi nel piccolo bacino. È raro non si riesca a lacerare queste aderenze, ed è notevole come spesso non si abbia emorragia alcuna dai punti lacerati.

Se si manifesta un'emorragia che non cessa subito spontaneamente specialmente nei tumori a sviluppo sottosieroso, si può procedere in due modi, per prevenire ulteriori perdite e per rendere inoffensivi le superfici lacerate. O si trafigge l' area sanguinante nel profondo della pelvi con una sutura da materassaio o da calzolaio, e si riportano quindi i lembi vicini della sierosa o l' utero stesso sul punto scoperto fissandoli saldamente con punti di sutura. Questo metodo l'ho provato abbastanza spesso, e lo posso raccomandare, quando alla sua esecuzione non si opponga qualche impedimento. Oppure si cauterizza l' area cruenta con percloruro di ferro in soluzione allungata, si colloca un drenaggio profilattico che, oltrepassando il fondo dello spazio del Douglas o il fondo della cavità svuotata, mette in vagina, si ravvicinano con sutura i margini lacerati e secernenti, in modo da chiudere verso l'alto lo spazio residuo, oppure si lascia che questa chiusura in alto sia effettuata dall'utero e dalle anse intestinali, accontentandosi col guidare all' esterno mediante il drenaggio i secreti della cavità.

Il drenaggio in questo punto si attua con grande facilità. Si impianta una robusta pinza a polipi nel fondo dello spazio del Douglas e attraverso al fornice posteriore, che si tiene disteso con due dita introdotte in vagina. Alla pinza riuscita in vagina si affida il tubo da drenaggio che si porta con essa in cavità.

Lo stesso metodo del drenaggio profilattico io lo adotto nei casi in cui il tumore ha uno sviluppo sottosieroso, sotto al peritoneo pelvico, sicchè rimangono in posto grandi cavità con pareti lacerate. Incido allora il peritoneo sul tumore nel punto più facilmente accessibile, snucleo il tumore, eventualmente provvedo al trattamento del peduncolo, e, resecata la parte superflua di parete, ne ravvicino i margini con punti di sutura, in modo da chiudere ed isolare dal peritoneo la cavità che risultò dallo snucleamento, dopo aver posto un drenaggio dal fondo del tumore verso la vagina.

3.° Parecchi descrivono quale complicazione assai pericolosa la fuoruscita delle anse intestinali durante l' operazione. Per mia esperienza non posso accettare l'interpretazione grave che si dà a questa cosidetta complicazione. Se le anse sono difficili da trattenersi in cavità, e in tutti i casi ove occorra praticare qualche legatura o sutura profondamente nel piccolo bacino, si può senza timore estrarre l' intestino in tutta la sua estensione dalla cavità addominale. In più del 90 per cento delle mie operazioni ho tirato al di fuori l'intestino, adagiandolo sulla super-

ficio dell'addome, ed avvilupandolo in una pezza riscaldata e bagnata in una soluzione allungata di acido fenico. L'intestino può restarvi fino alla fine dell'operazione; se questa va in lungo, vi si sovrappone una nuova pezza calda.

Le preoccupazioni che si deducono dalle esperienze di Wegner sono nella pratica di interesse secondario, stando ai risultati delle mie osservazioni.

4.° Se ambedue le ovaie sono ammalate, è meglio esportarle tosto ambedue. Siccome a questa doppia esportazione succede la cessazione dei mestrui e la sterilità, ci dovremo prima rivolgere seriamente la questione se il male in discorso non sia ancora suscettibile di regressione. Un follicolo semplicemente idropico si può vuotare colla puntura, una cisti piccola si può resecare, e conservare la restante parte sana dell'ovaio. Schröder (Zeitschr f. Geb. und Gyn. XI. pag. 358) pel primo ha resecato dei cistomi dal restante tessuto ovarico sano: le donne continuarono a mestruare. Anch'io dopo di lui ho operato parecchie volte in questo modo, così pure Schatz (1).

La possibilità e l' innocuità di questo metodo sono fuori di dubbio. Purchè rimanga un residuo di ghiandola, non solo le donne continuano a mestruare, ma possono anche concepire, come vidi accadere in due casi. Una di queste donne era rimasta sterile in parecchi anni di matrimonio: io esportai un ovaio degenerato in cistoma e punsi un voluminoso follicolo idropico nell' altro ovaio lasciato in posto; dopo d' allora ho già assistito due volte nel parto questa donna. Nell' altro caso ho esportato l' ovaio sinistro, malato per ovarite cronica, assieme alla tuba sinistra idropica, indi ho resecato nel destro un follicolo idropico col tessuto indurito che lo circondava. La paziente rimase poi gravida, ma abortì.

Più d'una volta mi sono deciso a lasciare in posto il secondo ovaio, se affetto leggermente in confronto all'ovaio degenerato, nella speranza di riuscire con una lunga cura a renderlo innocuo. Ma le mie osservazioni sull'andamento successivo di queste forme non suonano favorevoli a questa cura conservativa. Queste ovaie sono troppo facili ad ammalarsi cogli stessi gravi sintomi che si ebbero per l' ovaio esportato, in modo che mi costrinsero qualche volta ad una seconda laparotomia per rimuovere il tumore rinnovato. Perciò l'ammalata non guadagna molto con questo metodo conservativo. Non voglio perciò dire che io sia solito a rimuovere sempre le due ovaie anche se appena lievemente ammalate, ma mi sembra da pesarsi seriamente la questione se si debbano lasciare in posto le ovaie in cui esistono già piccoli cistomi, o che si trovano ammalate assieme colla tuba in grembo al peritoneo malato. Io

(1) Centralblatt. f. Gyn. 1885, N. 23.

sono proclive a rispondere con un no, perchè già in sette casi sono stato costretto a ripetere la laparotomia per esportare queste ovaie, che davano luogo a disturbi intollerabili.

5.º Una volta si dava importanza speciale alla *toilette* del cavo peritoneale, da farsi prima della chiusura della ferita addominale. Io mi scosto alquanto da questo precetto. Nelle ultime 300 laparotomie non ho asciugato a fondo nè il sangue, nè il semplice contenuto cistico, nè il pus, come usava fare prima, nè ho versato nel cavo addominale degli interi bacini di acqua fenicata. Allontano solo i grossi coaguli e le raccolte di liquido: tutto il resto, se l'operazione è asettica, vien tollerato senza reazione dal peritoneo. Mi pare assai più importante terminare presto l' operazione, che non asciugare ogni plica del peritoneo, questo importantissimo organo assorbente.

Cura consecutiva.

Finchè esiste vomito, o anche solo tendenza al vomito o eruttazioni, le malate dovranno osservare un perfetto digiuno. Durante questo tempo si somministra morfina a larga dose e si procura l'evacuazione delle urine col cateterismo. Cessato il vomito e le nausee, alle operate tormentate per lo più da sete ardente si darà qualche cucchiaino di caffè, di latte, di vino annacquato, di limonata, al bisogno di vino forte, di Champagne. Se anche con queste bevande non vomitano, si passa ai brodi, al latte, alle zuppe. Di regola dal secondo al quarto giorno l' intestino comincia a muoversi: è un buon segno la spontanea emissione di gaz; se questa non si avvera al terzo giorno, si introdurrà nel retto una supposta, occorrendo anche una cannula rettale; per essa si eliminano i gaz con forte rumore. Al quarto giorno si toglie la vescica di ghiaccio, si somministra un purgante, olio di ricini in capsule, o nel caffè o nella birra spumante. È rarissimo che questa pozione non venga tollerata e sia rimessa per vomito. Allora somministro o un decotto di foglie di senna, o sale di Carlsbad, o quei medicamenti purgativi a cui già era abituata la paziente per provocare defecazioni regolari. I clisteri eccitano spesso il vomito, e perciò ne faccio poco uso. Ottenuta una evacuazione alvina comincio a somministrare vitto carneo; prescrivo un piatto abbondante di carne (specialmente di volatili), del latte, del vino, e quanto altro è tollerato.

La medicazione si cambia solo in ottava o decima giornata, e per lo più si tolgono allora tutti i fili in una volta sola: si evita il divaricamento con striscie di cerotto; sopra queste degli strati di cotone tenuti in posto con una fascia a corpo ben serrata. Si lasciano così le malate a letto ancora per qualche giorno; si lasciano sedere sul letto verso l'undicesima o tredicesima giornata e si permette loro di alzarsi quando o concede il ritorno delle forze.

Per sorreggere le pareti addominali si fa portare una robusta ventriera, come quella preparata a mia richiesta dal collega Beely (1) (figura 209 e 210). Nel maggior numero dei casi, che guariscono per prima intenzione, non ho alcuna difficoltà a dimettere le operate dalla sedicesima alla diciottesima giornata. Le donne che per l' avanzato deperimento delle forze richiedono una lenta convalescenza, o hanno un lungo viaggio a fare per ritornare in patria, naturalmente prima di venir di-

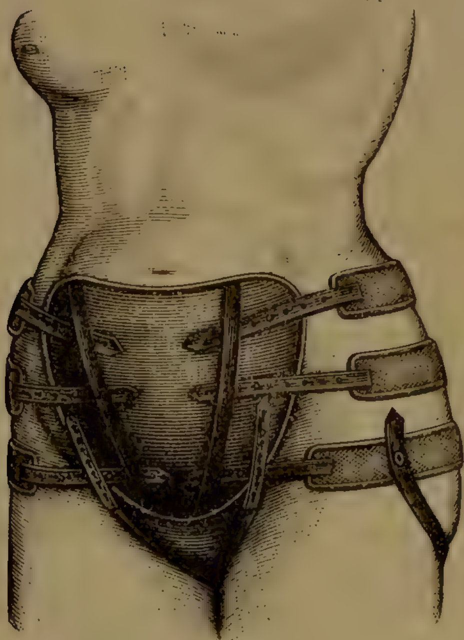


Fig. 209. — Ventriera di Beely. — Piastra anteriore.

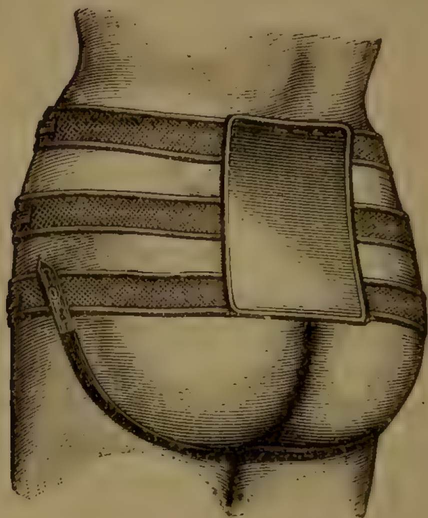


Fig. 210. — Ventriera di Beely. — Piastra posteriore.

messe dovranno aumentare la propria forza di resistenza con passeggiate a piedi e in carrozza.

Il riposo tranquillo a letto pare che nelle laparotomizzate, che del resto sono già esauste in sommo grado per le passate sofferenze, aumenti la tendenza alla formazione di trombi. Dopo che ho perduto una operata di ovariotomia per embolismo al primo sorgere dal letto, ed una di miomotomia già guarita nel primo uscire di casa, preferisco tenere le pazienti a letto per 13-14 giorni.

Nel regolare decorso di questo periodo possono insorgere delle complicazioni, di cui non si può che difficilmente segnare una terapia comune. Anzi contro una serie di questi disturbi anche oggidì la terapia si mostra fino ad un certo grado impotente. Quasi assolutamente nullo posso affermare l' esito della cura nella infezione settica. Se anche si

(1) Deutsche mediz. Wochenschr. 1883, N. 46.

vorrà sempre tentare di combattere queste infezioni, nessuno dei mezzi finora noti non ci fornisce sicurezza di combattere efficacemente questo terribile fra i nemici della laparotomia. Appunto perchè il peritoneo reagisce tanto delicatamente ai germi settici, la più minuziosa profilass, sarà sempre l'unico mezzo di evitare le infezioni settiche.

La sepsi nelle laparotomie si estrinseca con gran frequenza in forma di peritonite. Da ciò il progetto di svuotare la cavità addominale, di rimuovere, o almeno disinfettare con una qualche specie di drenaggio l'essudato peritoneale, il supposto mezzo di coltura dell'infezione settica.

Una conseguenza ulteriore di questa idea fu la proposta di attuare un drenaggio profilattico in tutte le forme di ovariotomia, anche nelle tipiche (Sims. l. c.). Anch' io credo poco felice questa proposta, e con Hegar e Schröder sconsiglio vivamente dal complicare i casi semplici colle inutili lesioni inerenti al drenaggio e col pericolo di una infezione tardiva. Solo in certi casi complicati, ove si devono abbandonare nell'addome delle porzioni di tessuto suppuranti o fortemente secernenti, mi sembra giustificata quella specie di drenaggio profilattico che sopra ho descritto. Non si riesce però a fognare durevolmente che lo spazio del piccolo bacino, e per meglio dire, le sole parti in immediato contatto col tubo da drenaggio, perchè i tessuti vicini, e specialmente le anse intestinali, si addossano subito al tubo.

Il drenaggio secondario a mio parere nella infezione settica dichiarata con invasione di grandi segmenti del peritoneo, non ha alcun efficace risultato: può usarsi talvolta con successo ai primissimi inizii dello sviluppo di una infezione settica. Nei casi di mia esperienza che vi si riferiscono, pare che dal moncone o dalle aderenze lacerate fosse fornita una secrezione abbondante, od anche uno stravaso, al cui riassorbimento non poteva per causa ignota supplire il potere assorbente tanto alto del peritoneo. Le pazienti offrivano immediatamente l'aspetto di una estrema prostrazione; frequenza esagerata di polso senza rialzo corrispondente di temperatura, senso di tensione all'addome, ed in alcune assai presto un vomito di materie verdastre. Più d'una volta vidi queste donne guarire nonostante l'insistenza del vomito e della diarrea. Suppongo che in questi casi l'assorbimento e l'eliminazione dell'essudato dal corpo si accompagni a questi gravi fenomeni. Ma in altri casi mancano questi sintomi dell' assorbimento, e nella supposizione che sia insufficiente il potere assorbente, ho tentato, finora in pochissimi casi, di rimediarvi con un drenaggio secondario. Per far questo non ho riaperto la ferita addominale, perchè non considerando ancora le pazienti come infette e perdute, dovevo evitare per quanto era possibile di turbare il processo di guarigione della ferita. Invece in uno stato di narcosi superficiale ho inciso dietro l'utero il fornice fino al peritoneo, e in questo ho impiantato la pinza a polipi colla quale ho fatto passare nell'apertura il tubo

da drenaggio. L'emorragia per la ferita fu arrestata con punti di sutura. Due volte al primo momento non uscì liquido in copia, ma entro poche ore si stabilì abbondante efflusso e ne seguì una guarigione completa. Non sono stato altrettanto fortunato in altri casi; due volte per es. in seguito ad operazione di sacchi tubarici, e perciò riguardo questo espediente come un ripiego pei casi di estrema necessità, da usarsi solo in determinate circostanze.

Quando si è praticato il drenaggio, il tubo cade da sè in terza o quarta giornata, o viene estratto in quest'epoca. Se le donne non ne sono menomamente disturbate nei primi giorni, verso quest' epoca accusano un senso speciale di stiramento in vicinanza al bellico, e questo è sempre un segno che avverte di togliere il drenaggio. Basta tirare dolcemente sulla estremità del tubo: il foro da cui esso passa guarisce sempre senza alcun inconveniente (Per il drenaggio raccomandato da Hegar vedi conferenza Volkmann N. 109, e Centralbl. f. Gyn 1882 N. 7).

Se i processi di decomposizione putrida sono assai progrediti, se il polso è frequentissimo, e la temperatura e il respiro sono alterati come nella sepsi, qualunque fossero i mezzi usati non ho mai potuto salvare la paziente.

Fra le altre complicazioni nella convalescenza dell'ovariotomia, noto la paresi intestinale, le emorragie consecutive, e la formazione di ascessi nelle pareti addominali.

1.° Se il torpore del moto peristaltico colla distensione meteoritica dell'addome produce già per sè rilevanti disturbi, questi si fanno molto più accentuati nelle laparatomizzate. I moti dell'intestino che si avverano tumultuosamente ad intervalli riescono assai dolorosi, e le pazienti sono in preda ad una grande irrequietudine, finchè vengano emessi i gaz e il contenuto intestinale per la via dell'ano. Non di rado la temperatura si eleva bruscamente, per ridiscendere dopo vuotato l'intestino (vedi anche E. Fränckel, Congresso dei naturalisti tedeschi in Magdeburg 1884).

In alcuni casi, dei quali non è chiara l' eziologia, non si avvia il moto peristaltico. La lunga esposizione dell'intestino all'esterno durante l' operazione non vi ha certo alcuna influenza, posso assicurarlo per la mia vastissima esperienza in proposito. Piuttosto sono proclive ad ammettere una predisposizione, nei casi in cui le pareti addominali furono eccessivamente sfiancate da pregresse gravidanze, o dallo sviluppo stesso del tumore. Le malate in questa condizione di paresi intestinale deperiscono assai rapidamente: cresce la frequenza del polso senza aumento di temperatura, insorge vomito biliare, e segue, dopo una lunga agonia, la morte. All'autopsia non si trova traccia alcuna di peritonite o di sepsi, quasi nemmeno una sospetta reazione della ferita, e le colture non forniscono alcun cocco caratteristico. In simili casi ho fatto ricorso a tutte le sorta di evacuanti, per la bocca e pel retto, senza esito uniforme.

In modo ottimo agiscono il massaggio, le applicazioni terebentinate sul ventre, e la faradizzazione: appena che con questi mezzi si sia provocato il movimento nelle anse intestinali, le pazienti si trovano assai migliorate. Colla prima evacuazione scompare l'ansia, diminuisce la frequenza del polso, cede il vomito, e la convalescenza si avvia in modo regolare.

2.° Una emorragia per rilasciamento di qualche legatura sul peduncolo può condurre a morte in modo così rapido, da rendere impossibile ogni intervento; lo dimostrano gli esempî sparsi nella letteratura ed un caso operato da un mio collega ed a cui io assistevo. Si potrebbe in casi consimili eventualmente riaprire il ventre e andare alla ricerca del peduncolo: ma l'esito di un tale procedimento mi pare assai problematico.

Ci guarderemo bene dal confondere con una emorragia interna i casi di intossicazione fenica, dei quali ne ho visto uno solo veramente tipico. In questa donna io aveva esportato le due ovaie cistiche con una operazione decorsa nel modo più semplice e rapido. Nel corso del pomeriggio si ebbe collasso, scomparsa del polso, angosciosa dispnea, perfrigerazione delle mani, rialzo della temperatura del corpo: la paziente offriva tutto il quadro di una profonda anemia. Non mi potei risolvere ad ammettere che le legature applicate con tanta diligenza avessero ceduto, e mi decisi ad aspettare, somministrando degli analettici. Verso sera insorse grande irrequietudine; feci una iniezione di morfina; la paziente si addormentò, e al suo risveglio il polso si era rialzato, era scomparso il sudore vischioso sulla cute, si era equilibrata la temperatura al tronco ed alle estremità ritornando alla norma: e la paziente si riebbe, nel mentre le urine pigliavano la nota colorazione fenica. Il successivo decorso della convalescenza fu perfettamente regolare. Racconto questo caso per mettere in guardia contro una precipitata riapertura dell'addome, nel sospetto che si tratti di emorragia del peduncolo.

3.° Gli ascessi delle pareti addominali si verificano specialmente quando queste hanno un ricco strato adiposo, e quando durante l'operazione furono esposte a forti stiramenti. Con speciale frequenza dà luogo ad ascessi quell'angolo della ferita che si spinge verso il monte di Venere. Per lo più questi ascessi dànno luogo in quarta o quinta giornata a lievi dolori in corrispondenza della ferita, e in sesta o settima a un certo rialzo vespertino della temperatura. In questi casi si deve togliere subito la fasciatura e continuare con una medicazione asciutta. Alcune volte gli ascessi non si fondono che assai lentamente, e solo dopo parecchi giorni si evacuano con vivi dolori ed elevazione termica. In questi casi ho sempre trovato guarita la ferita peritoneale, e sempre vidi questi ascessi limitarsi, se non intempestivamente irritati, alla parte superficiale della ferita. Tenendo la donna a riposo, esercitando una sem-

plice e lieve compressione con striscie di cerotto, e cambiando spesso il cotone salicilico sovrapposto, questi ascessi guariscono di solito molto presto, sebbene a tutta prima abbiano un brutto aspetto. Ho cercato di disinfettare e di eccitare a cicatrizzazione questi ascessi col nitrato d'argento, coll'iodio, col percloruro di ferro, l'acido fenico e così via, mezzi tutti che in questi ultimi tempi ho abbandonato dopo aver visto un paio di volte una mortificazione invadente delle parti vicine in apparenza già guarite. Ricorro a questi mezzi solo quando le vegetazioni sono troppo rigogliose. Di solito per un ascesso anche esteso con questa semplice cura bastano quattordici giorni ad ottenerne un prosciugamento completo, sicchè la paziente dovrà tardare alquanto a lasciare il letto. Finora fra le mie 208 ovariotomie ho visto solo in un caso un ascesso esteso delle pareti addominali, in donna eminentemente scrofolosa, che soffriva in pari tempo di un catarro degli apici. Avevo fatto l' ovariotomia per un tumore a sviluppo intralegamentoso con contenuto purulento. La prima settimana dopo l' operazione decorse regolarmente, poi si svolsero i sintomi del flemmone addominale. La suppurazione si estese assai, ad onta della cura attuata: praticai delle controaperture, cauterizzai le granulazioni, ricorsi a bagni, ai ferruginosi, al cambiamento d'aria, alle più scrupolose cure igieniche. Ancora dopo 14 mesi la paziente presentava una superficie granulante e secernente in corrispondenza alla linea di cicatrice, ma, miglioratesi negli ultimi tempi le condizioni generali, migliorò anche lo stato locale. Un analogo incidente mi avvenne altra volta dopo l'enucleazione di un mioma.

Cicatrizzata la ferita, rimangono talvolta aperti i tragitti dei punti o qualche piccola granulazione sulla linea d' incisione. Per ottenerne la guarigione, ricorro alle cauterizzazioni ripetute con tintura di iodio, ma anche qui bisogna andar cauti, perchè coi caustici si potrebbe distruggere la delicata cicatrice. Un caso eccezionale di dilazionata cicatrizzazione di questi tragitti fistolosi lo vidi nel suddescritto caso di intossicazione fenica. Dimessa la donna, una zelante infermiera tormentò il tragitto secernente con un ferro da calza, dando luogo ad un focolaio di suppurazione che si estese fino al fornice vaginale. Io dovetti con una pinza a polipi forare questa sacca verso la vagina e introdurvi un drenaggio che in 4 settimane ne determinò l'apparente guarigione. Tolto il tubo, si dovette rimetterlo dopo circa 3 settimane e lasciarlo ancora per circa 8 settimane prima di ottenere una guarigione completa. Alla seconda introduzione del tubo si determinò per qualche tempo uno sgocciolìo di urina, che cessò senz'altro da sè.

Io consiglio alle pazienti che vengono dimesse di portare ancora per molti mesi la descritta ventriera, di astenersi dai lavori faticosi, e di prendersi parecchi intervalli di riposo nella giornata. Anche con queste cautele non si può evitare in modo assoluto la divaricazione dei

margini della ferita, e lo sviluppo di un'ernia addominale. In questi casi non resta naturalmente che di portare continuamente una fasciatura munita di un adatto cuscinetto. I tentativi di cura operativa per quanto mi è noto finora hanno sempre dato dei risultati molto dubbî. Dovendo ripetere sulla stessa donna la laparotomia, io negli ultimi tempi ho sempre usato escidere la antica cicatrice, che ha pochissima tendenza alla guarigione; così pure procedetti in una voluminosa ernia addominale susseguita ad una incisione esplorativa fatta da altra mano: la nuova ferita guarì per prima intenzione, e resiste ancora adesso, dopo un anno

Le controindicazioni all' ovariotomia vennero sempre più limitate nel decorso di questi ultimi anni: dobbiamo però riconoscere anche oggidì alcuni limiti insormontabili all'operazione.

Oltre ai casi di degenerazione maligna avanzata del tumore e del peritoneo, di gravi malattie generali, e a quelli in cui la cachessia determinata dal tumore esclude ogni atto operativo o rende troppo pericoloso il trauma esteso inerente all'operazione, possiamo essere costretti a rinunciarvi anche dalle aderenze generali del tumore.

In tali casi di aderenze la parete cistica può trovarsi intimamente fusa colla parete addominale, cosicchè l'isolamento richiede di scollare una estesissima superficie di sierosa. In queste aderenze si consigliò di allacciare i vasi afferenti al tumore (1). Ove ciò sia possibile, troverei plausibile una simile proposta.

Più spesso accadrà di doversi limitare allo svuotamento del tumore ed a fare una semplice laparotomia esplorativa in luogo della progettata ovariotomia. Queste laparotomie esplorative, se condotte in modo asettico, non hanno in sè grandi pericoli, nello stesso modo che la semplice puntura per sè è da molti stimata poco pericolosa. Il pericolo deriva piuttosto dal collasso, che minaccia seriamente queste donne esauste in alto grado dall' accrescimento e dalla distensione di questi tumori. La mortificazione della parete cistica di solito si può evitare, e se si pratica un drenaggio verso la vagina, e di lì si procede alle necessarie disinfezioni, chiudendo in alto la cavità verso l' addome, le pazienti possono risentirne un miglioramento essenziale. Ma nei casi di questo genere che io ho veduto, le donne presto o tardi vennero a soccombere per la progressiva cachessia, per lo più rimanendo asettiche la ferita e la cisti. Non mi pare un metodo molto commendevole nemmeno quello di suturare la parete cistica alla parete addominale e mantenere in comunicazione il sacco cistico colla ferita dell'addome, per poi sorvegliare il processo suppurativo. Sarebbe meglio chiudere la cavità addominale, e se si svolgono minacciosi processi nel sacco, dargli uno sfogo con un drenaggio in vagina.

---

(1) Hegar e Kaltenbach, III^a Ed. p. 336.

Pei casi nei quali non si può eseguire l' esportazione, si potranno tuttavia alleviare i disturbi collo svuotamento della cisti, sia mediante puntura semplice o seguita da iniezione di tintura di iodio, sia svuotando ampiamente la cavità in cui si colloca un drenaggio, in modo da farla cancellare per suppurazione. Ambedue i processi portano seco gravi inconvenienti, e se anche in qualche caso bastò la puntura semplice per determinare la guarigione, come nell'idrope del follicolo o nelle cisti del legamento largo, o se si riuscì a determinare nella cisti un processo atrofizzante, nel maggior numero dei casi tornerà assai difficile il prevenire la decomposizione putrida del contenuto o delle pareti, per cui le pazienti vengono poi a soccombere per collasso. Ottenuta poi anche la guarigione da queste operazioni incomplete, la prognosi per l' avvenire resta ancora oscura. È innegabile che questi residui cistici hanno grande disposizione a ripullulare dopo un periodo di pausa più o meno lungo, od anche a subire trasformazioni maligne.

Parecchie volte si è dovuto tentare poi ancora la rimozione delle masse giudicate inoperabili: in altri casi le pazienti soccombono per lento marasma. Perciò si deve sempre consigliare l' esportazione per quanto è possibile completa fino dalla prima operazione.

Una volta si aveva grande timore di fare delle laparotomie finchè duravano recenti processi infiammatorî, e si evitavano anche i processi cronici colle tanto frequenti riacutizzazioni. L'esperienza dimostrò ingiustificati questi timori. La peritonite acuta non settica viene appunto troncata di botto dalla laparotomia. Anche le forme croniche e subacute guariscono di solito quando sia esportato il focolaio della malattia; anzi nella laparotomia bisogna non di rado cercare l' ultimo rimedio per queste affezioni croniche. Esportando l'organo malato e disinfettando il focolaio peritonitico, per lo più la guarigione è pronta e completa.

Per l'esperienza che ho in proposito sono perfettamente d' accordo in ciò con Keith e Schröder, Hegar, Olshausen (1). Se si evacua il pus e si disinfetta la cavità addominale, la temperatura discende subito, e spesso riesce sorprendente la regolarità della guarigione.

6. La castrazione.

Dicesi *castrazione* l'esportazione delle ovaie sane, fatta a scopo di sospendere l'ovulazione e la mestruazione.

Il merito di aver introdotto nell'odierna pratica questa operazione

(1) Die Krankheiten d. Ovarien. 1886. p. 399.

spetta ad Hegar (1), che in unione coi suoi allievi (2) ha dato una soluzione scientifica e pratica a questo problema. Coincidono cronologicamente colla sua operazione, la prima di Battey (3), di Trenholme (4) e di Peaslee (5): e specialmente il primo si è garantito una priorità letteraria per l'epoca della sua pubblicazione, che però fu danneggiata dall'essere apparsa in un giornale difficilmente accessibile. Fra i numerosi autori, che successivamente si occuparono della questione, merita un posto a parte Lawson-Tait (6) sia per gli estesi confini che egli diede alle indicazioni della castrazione, sia per lo speciale metodo operativo e pei suoi successi, infine per la teoria che egli ha innalzato sulla importanza relativa delle ovaie e delle tube nella vita sessuale della donna. Io nella 2.ª edizione della Reale Enciclopedia di Eulenburg all'articolo castrazione mi avanzai a sostenere che i casi di estirpazione di ovaie malate non devono comprendersi in questo capitolo: essi appartengono alle ovariotomie od alle ovariectomie. Limitando il concetto della castrazione alla ablazione di ovaie sane, si potrà meglio apprezzare il problema della castrazione in tutto il suo significato, e si potrà precisarne il valore pratico; opinione questa a cui si associò Schröder nella 7ª edizione del suo trattato, e nella sua conferenza al Congresso dei naturalisti nel 1886.

Coll'esportazione di ambedue le ovaie:

1.º cessa la mestruazione: possono bensì talvolta avverarsi ancora delle perdite sanguigne, sia subito dopo l'operazione, sia a lunghi intervalli quasi sempre irregolari: se i monconi dell'ovaio cicatrizzano in modo regolare, la mestruazione cessa sempre come funzione normale; secondo le mie osservazioni queste perdite, analoghe alle mestruali, ma irregolari per periodo e per intensità, si avverano specialmente quando le cicatrici sono sorgente di irritazione peritoneale, oppure quando si sviluppano altre malattie o neoplasmi (vedi l'unita tabella): irregolarità singolari, ne ho visto per operazioni di miomi e per salpingotomie, ma su di esse non si può ancora pronunciare un giudizio.

2.º si atrofizza l'utero analogamente a quanto avviene per il

---

(1) Hegar, Die Castration der Frauen, nelle Conferenze Volkmann 1878. — Zur Extirpation normaler, und nicht zu umfänglicher Geschwülste entarteter Eierstöcke, Wiener med. Wochenschrift 1878, N. 15, e Centralbl. f. Gyn. 1877, N. 17, 1878, N. 2. — Ueber Castration, alla sez. ginec. del congresso di Baden-Baden; Centralbl. f. Gyn. 1879, N. 22. — Die operative Gynäkologie 1886, 3.ª ed. §§ 55-60. — Der Zusammenhang der Geschlechtskrankheiten mit nervösen Leiden und die Castration bei Neurosen. 1885.

(2) Stahl, Deutsche med. Wochenschr. 1876, N. 50. — Tauffer, Pester med. chir. Presse. 1878. — Turban e Wiedow, Diss. inaug. Freiburg. — Tauffer, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. IX. — Schmalfuss, Arch. f. Gyn. XXVI.

(3) Battey, Atlanta med. and. surg. Journal, Sett. 1872 e 1873. — American Practit 1875. — American gin. Society. 1876 e 1877.

(4) American Journal of Obstetrics 1876. p. 702.

(5) Transact. of American gyn. Society 1876, p. 349.

(6) Brit. med. journal 1879, N. 984, p. 730.

normale sopraggiungere dell'età critica; un analogo processo regressivo lo subiscono anche gli altri segmenti del canal genitale, e si fanno manifeste le sensazioni subbiettive delle quali si lamentano le donne all'epoca della menopausa: senso di vampa, cardiopalmo, sudori profusi.

3.° le donne diventano sterili, senza diventare inette alla coabitazione.

L'indicazione generale portata da Hegar nella 3ª edizione della sua ginecologia operativa (pag. 335) dice presso a poco così: « Si farà la castrazione nelle anomalie e malattie che portano immediato pericolo di vita o che porterebbero presto alla morte, o che hanno per conseguenza uno stato di marasma persistente e progressivo, tale da impedire il godimento della vita e le occupazioni. Si presuppone che i procedimenti meno radicali o non lascino sperare alcun effetto, o siano già stati tentati invano, mentre l'esportazione delle ghiandole sessuali può guarire il male ».

Accettando l'indicata definizione, non si possono ammettere fra le indicazioni speciali di Hegar quelle che si riferiscono all'operazione di piccoli tumori ovarici e di piccole degenerazioni cistiche dei follicoli e dello stroma; queste appartengono alle indicazioni dell'ovariotomia. Così la sesta fra le indicazioni di Hegar, fornita dalle infiammazioni croniche della tuba, del peritoneo e del parametrio, originate primitivamente nell'ovaio, o mantenute dall'ovulazione, deve annoverarsi fra le indicazioni delle salpingotomie e nella terapia della pelveoperitonite cronica.

Invece rimane generalmente riconosciuta l'indicazione alla castrazione nei difetti di sviluppo e nella mancanza dell'utero, e nelle atresie del canal genitale con ovaie funzionanti normalmente, nonchè negli stati dell'utero e della vagina che impediscono la escrezione del sangue mestruale.

È relativamente raro trovare delle ovaie in piena funzione, con arresto completo di sviluppo del resto dell'apparato genitale: l'impossibilità di una guarigione in questi casi di arresto di sviluppo giustifica pienamente la castrazione (vedi caso 4° e 6° della mia tabella).

Lo stesso si deve dire per le atresie congenite od acquisite non suscettibili di cura (vedi caso 3° della tabella): gli spostamenti delle ovaie che figurano spesso fra le indicazioni nella letteratura americana, sono da ammettersi solo quando lo spostamento è irreparabile e dà luogo a serî disturbi.

Le malattie dell'utero non possono fornire una indicazione altrettanto incontrastata alla castrazione. Trenholme pel primo ha operato nei miomi, Battey nella dismenorrea ed Hegar nella dismenorrea e nevralgia ovarica. Coll'ultima operazione si esportarono ovaie malate, perciò, stando alla definizione data, non sarebbe da registrarsi nel capitolo della ca-

strazione. Poi la castrazione fu fatta per profuse metrorragie (A. Martin e Olshausen) e per iperplasie croniche, senza o con contemporanee anomalie di posizione, versione o flessioni, od endometrite cronica. (Hegar, Ginecologia operativa Ed. II, pag. 348). Io stesso ho operato per miomi (casi 1, 2, 7, 8, 9, 11, 12 della tabella) e per metrorragie non arrestabili in altro modo (caso 5° della tabella).

Nei miomi ritengo giustificata la castrazione solo quando il mioma o i miomi sono ancora piccoli, e l' amputazione sopravaginale presenta eccezionali difficoltà. Se i miomi sono più voluminosi, credo che il miglior procedimento sia l'esportazione. Poichè da una parte i miomi non sono affatto garantiti contro una degenerazione, prescindendo dalla considerazione che i tumori si riducono così lentamente, che possono arrecare ancora per lungo tempo molesti disturbi. D' altra parte i miomi talvolta crescono solo dopo la menopausa fisiologica, sicchè a priori si deve ammettere che possano aumentare anche dopo la menopausa anticipata artificiale, ed una fra le mie osservazioni mi fa credere giusta questa supposizione (caso 2° della tabella) (1).

Se esistono malattie dell'utero che in altro modo non possano guarire, il procedimento più razionale sarebbe l'esportazione dell'utero. Ne fanno fede anche i casi 3° e 5° della tabella.

Come una terza indicazione alla castrazione furono designate da Hegar pel primo certe nevrosi, che Tauffer e Fehling (2) definiscono per « quelle gravi lesioni nervose e psichiche che sono in rapporto colle funzioni sessuali ». Hegar escluse la castrazione in quelle nevrosi nelle quali non esista alcuna lesione anatomica degli organi genitali. Ma furono osservati parecchi anche di questi casi (vedi Schmalfuss (3). Leppmann (4), Schröder (5)), nei quali il risultato della castrazione, cioè dell'ablazione delle ovaie sane per troncare la mestruazione e l' ovulazione, non fu cattivo. Anche esaminando i singoli casi che si raccolgono nei giornali periodici della nostra specialità, si vede che, prima di decidere su questa indicazione, sarebbe opportuno fare ulteriori osservazioni.

La *prognosi* della castrazione in quanto all' atto operativo, grazie all'antisepsi, è per lo meno altrettanto buona quanto nelle ovariotomie.

La prognosi degli effetti della castrazione è pure favorevole per quanto concerne il risultato immediato. Se vengono esportate comple-

---

(1) Dal 1887 in poi l'A. non ebbe più ricorso alla castrazione nella cura dei miomi, appunto nel concetto che la castrazione non garantisca in modo assoluto la cessazione delle metrorragie. — A. Martin, Ueber Myomoperationen, Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. XX. 1890.
(2) Arch. f. Gyn. XXII, p. 442.
(3) Arch. f. Gyn. XXVI, p. 1.
(4) Arch. f. Gyn. XXVI, p. 57.
(5) Congresso di Berlino, 1886.

tamente ambo le ovaie, le mestruazioni cessano per lo più immediatamente o entro breve periodo di tempo, e la menopausa si stabilisce talvolta accompagnata da gravi disturbi, talvolta senza di questi, sicchè in genere dopo un periodo di tempo, che corrisponde presso a poco al periodo critico della menopausa normale, si può prevedere la scomparsa completa di ogni molimen mestruale.

Meno sicura è la prognosi riguardo all'esito finale dell' operazione.

Si deve pensare che l' insuccesso può derivare dalle più diverse circostanze. Il processo di guarigione del moncone può prendere un cattivo decorso, che talvolta si palesa solo tardivamente; le aderenze coll'intestino, l'eliminazione dei lacci, o delle parti strozzate, l'irritazione cronica del peritoneo, la formazione di fistole, ed infine, non ultimo inconveniente, le ernie ventrali, possono sostituire nuovi mali all' antico, non meno molesti di esso. Gli insuccessi in quanto concerne l' antica malattia non sono a temersi nel 1° gruppo delle indicazioni, mentre nel 2° gruppo questo timore non è affatto escluso. Specialmente le emorragie derivanti da malattie uterine non sempre sono vinte dalla castrazione, come vidi io stesso in un caso speciale, dove dovetti poi ancora decidermi all'isterectomia per rendere atta al lavoro l'infelice paziente. Riguardo alla prognosi di questo gruppo si è già parlato più sopra.

I risultati della castrazione nelle nevrosi come li dedusse Schmalfuss dal materiale di Hegar, dànno che di 10 malate per così detti sintomi spinali, 8 guarirono, e due no. Delle pazienti che oltre ai sintomi spinali offrivano altre turbe nervose in altri distretti del corpo (cardialgie, epigastralgie, senso di distensione, eruttazioni, vomito, bolo isterico) ne guarirono 6 su 8, e 2 migliorarono molto.

In una terza categoria di pazienti con sintomi nervosi assai diffusi e con uno stato generale nevropatico, dolori vaghi o accentuati in quasi tutte le regioni del corpo, disturbi vasomotorî, mestruazione vicaria, fenomeni laringei, gastrici, intestinali, convulsioni ed accessi epilettiformi, ne guarirono 10 su 14; 4 migliorarono. Riguardo alla castrazione nell'epilessia e nell'istero-epilessia vanno migliorando i risultati ad ovaie sane, mentre erano ancora poco soddisfacenti in Leppmann (casi di Fritsch: 1.° caso insuccesso, 2.° successo parziale, 3.° indeciso).

Per l'atto operativo in sè, Hegar pose dapprima la condizione che siano state prima sentite le ovaie. Egli stesso, e molti dopo di lui, recedettero poi da questa condizione. L'operazione specialmente nei miomi si comincia spesso come una laparotomia esplorativa per vedere se si possa esportare il tumore, e la castrazione si fa solo dopo dimostrata l'impossibilità della progettata operazione.

La tecnica dell'operazione si confonde strettamente con quella indicata per l'ovariotomia.

La maggior parte degli operatori praticano l' incisione sulla linea

mediana. Il taglio laterale, proposto da Hegar (1), trova il suo posto solo quando si sentono le ovaie sormontanti un tumore sviluppato nel cavo addominale. L. Tait fa un'incisione piccola, da permettere appena il passaggio a due dita; io non posso accettare questa proposta. Perchè ammesso anche, che quanto più piccola è l'incisione, tanto minore sia la probabilità di un consecutivo sventramento, trovo però nella limitazione di spazio un gran pericolo per la sicura esecuzione dell'atto operativo.

La ricerca delle ovaie talvolta urta in gravi difficoltà. I tumori, se occludono la via, non li tratto colla castrazione, ma colla immediata esportazione. Le pseudomembrane da peritonite che avvolgono le ovaie si lacerano colle dita o si incidono, specialmente se esse attirano delle anse intestinali nel campo dell'operazione. Se le anse oppongono un ostacolo alla ricerca delle ovaie, io non esito affatto ad estrarle senza alcun timore di cattive conseguenze, come lo provano centinaia di esperienze, e mi procuro così un libero accesso agli organi da esportarsi. Per lo più colle ovaie afferro anche le tube, in quanto facilitano la formazione di un peduncolo.

In ogni caso nell'esportazione di ovaie normali evito sempre di comprendere troppo tessuto in una legatura sola. Io trafiggo il legamento largo in due o tre punti e stringo fortemente i diversi segmenti. Nell'escidere l'ovaio si deve guardare accuratamente che non resti una menoma traccia di tessuto ovarico.

Il trattamento extraperitoneale del peduncolo è abbandonato in genere nella castrazione come nell'ovariotomia. Riguardo al drenaggio profilattico mi rimetto a ciò che dissi a proposito della ovariotomia.

Battey, e dopo di lui specialmente gli operatori Americani, hanno tentato di fare l'operazione per la via della vagina. In Germania questo metodo ha trovato pochi fautori. Se le ovaie sono facilmente mobili e non troppo voluminose, si può del resto con discreta facilità afferrarle attraverso ad una incisione nel fondo dello spazio del Douglas, tirarle in basso, ed esportarle dopo la legatura del peduncolo. Io però ho esportato in questo modo anche dei tumori ovarici piuttosto voluminosi, delle masse solide fino alla grossezza di un uovo di gallina, dei cistomi con contenuto sanguigno e sieroso, talvolta anche con aderenze più o meno estese, facendoli passare attraverso ad una incisione nel fornice posteriore, e specialmente dopo l'isterectomia vaginale, nel foro che ne risultava nel pavimento pelvico; appoggiato a queste esperienze, io mi credo tenuto a mettere in guardia contro l'adozione di questo metodo chi non abbia una grande pratica nell'operare nell'angusto spazio che dà accesso allo scavo. Già la ricerca di ovaie normali può presentare gravi difficoltà, spe-

---

(1) Oper. Gynäk. 3.ª Ed. p. 358.

cialmente se vengono cacciate in basso le anse intestinali. Il peduncolo deve subire uno stiramento piuttosto forte, perciò si lacera facilmente o viene tagliato dalla legatura, e se allora sfugge, la successiva ricerca incontra serie difficoltà, e talvolta per vincere l'emorragia si è obbligati a far subito la laparotomia. Nelle mie operazioni, che del resto, per le lesioni esistenti nelle ovaie, non erano da annoverarsi fra le castrazioni, ma fra le ovariotomie, ho raggiunto lo scopo senza complicazioni, ed ho sempre osservato una guarigione a decorso regolare: ma lo stesso risultato si ottiene anche colla laparotomia.

Se i fenomeni concomitanti l'artificiale menopausa si manifestano in modo tumultuoso, si ricava segnalato vantaggio da un' opportuna dieta, evitando specialmente le bevande alcooliche, ed esercitando un' energica derivazione intestinale. D'altra parte le pazienti trovano durevole sollievo nelle sottrazioni sanguigne locali ai genitali — scarificazioni — o generali con sanguisughe o ventose, tanto più se ripetute in corrispondenza all'insorgenza talvolta periodica di queste congestioni.

Nella seguente tabella presento riuniti i miei casi di castrazione. In base al concetto della castrazione che noi abbiamo dato, vi figurano solo quei casi in cui le ovaie esportate erano normali. Non vi figurano neppure quei casi in cui le ovaie furono esportate in occasione di altre operazioni sull' apparato genitale, specialmente enucleazione di miomi col mio metodo, e salpingotomie.

Tabella di 12 castrazioni.

N.°	Nome	Operate il	Indicazione	Risultato
1	Sig. T. 33 anni nullipara	1/11 1877	Mioma a rapido sviluppo. Epilessia	I miomi si sono ridotti. Emorragie a lunghi intervalli dall'utero, dallo stomaco, dalla vescica. Effetto transitorio sull'epilessia.
2	Sig. v. R. nullipara 46 anni	4/11 1877	Voluminosi miomi intraparietali e intralegamentosi.	I miomi si ridussero poco nei primi 4 anni, poi in modo più manifesto: cessazione completa delle emorragie. Disturbi climaterici durati a lungo.
3	Sig. Götz nullipara 27 anni	28/6 1879	Retrazione cicatriziale dell'utero per grave difterite. Amenorrea, vivi dolori accompagnanti l'ovulazione.	A lunghi intervalli emorragie intestinali e dal naso. Di tanto in tanto dolori in corrispondenza ai monconi, senza dimostrabile formazione di aderenze peritonitiche.

N.º	Nome	Operate il	Indicazione	Risultato
4	Sig. Gebel nullipara 19 anni	4/8 1879	Aplasia dell'utero. Amenorrea.	Più tardi esportazione di un mioma dall'utero aplasico.
5	Sig. B. 2para 36 anni	11/8 1879	Emorragie infrenabili. Endometrite cronica ghiand.	Le emorragie persistono: quindi isterectomia vaginale.
6	Sig. Hertwich nullipara 26 anni	8/1 1880	Mancanza dell'utero e della vagina. Aplasia.	Tisica — vinti i disturbi nell'ovulazione. Dopo 1 $^1/_2$ anno condizioni identiche.
7	Sig. G. Nullip. 44 anni (mulatta)	23/6 1881	Mioma intraparietale e intralegamentoso del corpo. Peritonite cronica.	Non arrestate le emorragie. Dopo qualche anno lenta comparsa della menopausa.
8	Sig. Iahrmarkt nullipara 32 anni	25/2 1882	Mioma intraparietale del corpo.	Emorragie sporadiche nel primo anno, che cessano poi: mioma ridotto.
9	Sig. Weber nullipara 35 anni	26/2 1882	Miomi intraparietali del corpo.	Morte in 14.ª giornata per embolismo al momento di lasciare il letto. Fino ad allora decorso normale.
10	Sig. St. nullipara 40 anni	2/6 1885	Vivi disturbi nervosi, vomito incoercibile, esacerbantesi alle epoche mestruali.	Morte per esaurimento in 8.ª giornata persistendo il vomito. Non sepsi.
11	Sig. Z. nullipara 23 anni	22/6 1886	Nodi miomatosi sottosierosi, non arrestati nel loro sviluppo dall' ergotina.	Guarigione. Nessuna emorragia. Atrofia dell'utero e dei miomi.
12	Sig. Richter 2para 40 anni	9/12 1886	Miomi multipli con ematoma extraperitoneale.	Guarigione dell'operazione: pel resto si attende il risultato.

INDICE DELLE FIGURE

INDICE DEGLI AUTORI.



